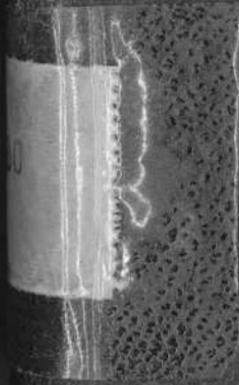


100
11
1106



3680

MANUAL
DE
LARINGOSCOPIA
Y DE
LARINGOLOGIA
POR EL DOCTOR CADIER
VERSION ESPAÑOLA
DEL DOCTOR GONZALEZ ALVAREZ



Pto n° 5683

MANUAL
DE
LARINGOSCOPIA
Y DE
LARINGOLOGIA

POR EL DR. CADIER

RESÚMEN DE SU CURSO EN LA ESCUELA PRÁCTICA

DE LA FACULTAD DE MEDICINA EN 1878 Y 1879

CON 23 FIGURAS EN EL TEXTO

TRADUCIDO DE LA ULTIMA EDICION FRANCESA

POR EL DOCTOR

BALDOMERO GONZALEZ ALVAREZ

PROFESOR POR OPOSICION DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL; EX-PROFESOR POR OPOSICION DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA; MEDICO POR CONCURSO DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS, DE MADRID; EX-AYUDANTE DISECTOR DE LA ESCUELA DE VALLADOLID; SÓCIO DE NÚMERO DE LA ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA, DE LA DE ETNOGRAFÍA Y ANTROPOLOGÍA, Y OTRAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS.



MADRID

Imp. de M. Romero, Ventura Rodriguez, 8 (B.º Argüelles)

1881



MANUAL

LARINGOSCOPIA

AL EXCMO. SEÑOR

DR. ALFONSO ALVAREZ

POR EL DR. CASAS

REPUBLICA DE CHILE

Reservados todos los derechos.

Queda hecho el depósito que previene la ley.

BALDOMERO

AL EXCMO. SEÑOR

D. MARTIN ALVAREZ



Recibid, querido tío, este testimonio
de cariño y gratitud de

BALDOMERO.

Á MIS DISCÍPULOS

Al dedicaros este Manual, no hago sinó cumplir con un deber de gratitud. Por vuestra asídua asistencia á las conferencias de mi clínica de la calle Suger, y á mis cursos de Laringología en la escuela práctica de la Facultad, habeis sido vosotros el principal móvil de mi trabajo; y exigiéndome la promesa de publicarlo, me habeis, por decirlo así, obligado á robar á mis múltiples ocupaciones en la enseñanza y la práctica médica, algunas horas cada dia para consagrarlas á la redaccion de este curso: á vosotros, pues, debo el poder hoy publicar un resúmen bastante sucinto para servir de Manual, y sin embargo bastante completo, como lo espero, para permitir al Médico familiarizarse con el estudio de las enfermedades de la laringe, y disponerle para hacer un diagnóstico exacto.

Al exponeros la marcha que pensaba seguir para vuestros estudios, cuidé de que predominara en el cuadro la parte clínica y terapéutica, y en la enseñanza siempre he tenido cuidado de no separarme de este programa, siendo la mejor prueba de la superioridad de este método los progresos que en vuestros estudios he comprobado. De la misma manera procederé en este Manual; limitándome al estudio clínico de las enfermedades, me abstendré, en cuanto posible sea, de toda discusión teórica, y procuraré tratar con la mayor extensión todo lo que particularmente se relacione con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la laringe.

El estado febril que acompaña á las afecciones agudas de la laringe y su evolucion rápida, no permiten á menudo la aplicacion del espejo laríngeo; esta rama de la patología laríngea está, por otra parte, bien estudiada en la mayoría de los tratados de patología interna; esta doble razon nos permite hacer de ella un estudio más sumario, y en cambio con la mayor extension el de las anginas crónicas, estudio que debe hacerse con los mayores detalles. Gracias al espejo laríngeo, la evolucion de estas enfermedades ha podido se-

guirse día tras día, lo que permite, por decirlo así, estudiar la anatomía patológica sobre el vivo, ventaja inmensa para la terapéutica, permitiendo al médico obrar con mayor eficacia y certidumbre contra las diferentes lesiones del aparato laríngeo.

Desde el descubrimiento del laringoscopio, este medio de investigación ha hecho posible la aplicación directa de los tópicos sobre las partes más profundas de la laringe, y nos permite, en virtud de estas aplicaciones, aliviar siempre y curar muchas veces la gran mayoría de las afecciones de este órgano. Desgraciadamente, los estudios de esta parte de la ciencia médica, son aún ignorados por un gran número de prácticos.

Si por la publicación de este Manual logro contribuir á la vulgarización de los estudios de laringología, habré logrado mi objeto, y sería la mayor recompensa que pudiese ambicionar.

Setiembre, 1879.

A. CADIER.

...the first of these is the generalization that the
...the second is the generalization that the
...the third is the generalization that the
...the fourth is the generalization that the

1

...the first of these is the generalization that the
...the second is the generalization that the
...the third is the generalization that the
...the fourth is the generalization that the
...the fifth is the generalization that the
...the sixth is the generalization that the
...the seventh is the generalization that the
...the eighth is the generalization that the
...the ninth is the generalization that the
...the tenth is the generalization that the
...the eleventh is the generalization that the
...the twelfth is the generalization that the
...the thirteenth is the generalization that the
...the fourteenth is the generalization that the
...the fifteenth is the generalization that the
...the sixteenth is the generalization that the
...the seventeenth is the generalization that the
...the eighteenth is the generalization that the
...the nineteenth is the generalization that the
...the twentieth is the generalization that the

I.

HISTORIA Y DESCUBRIMIENTO DEL LARINGOSCOPIO.—DIFERENTES PERFECCIONAMIENTOS.—DESCRIPCION DEL LARINGOSCOPIO DEL DOCTOR CADIER Y REGLAS PARA EL EXÁMEN DE LA LARINGE.—DIFICULTADES DE LA EXPLORACION.

El estudio de las enfermedades de la laringe no principió á hacerse de una manera científica, hasta el descubrimiento de un medio de alumbrado bastante perfeccionado y cómodo para permitir el exámen de las partes más profundas de la misma.

Desde 1825 á 1857, diferentes medios de iluminar la laringe fueron ensayados por Babington, Bennati, Warden, etc. Todos estos aparatos estaban compuestos de dos espejos iluminados por la luz solar. En 1854, García hizo uso del mismo procedimiento para hacer la auto-laringoscopia y estudiar sobre sí mismo los movimientos de las cuerdas vocales durante la emision de las diferen-

tes notas de la escala; no alcanzó ver más que la parte posterior de las cuerdas vocales.

Todos estos aparatos tenían el defecto capital de ser iluminados por la luz solar, de la que no puede disponerse á voluntad, lo que hacia imposible la vulgarizacion de ellos.

En 1857, Czermak, el primero, hizo uso de la luz artificial de una lámpara, reflejada sobre un primer espejo cóncavo que la concentraba sobre el espejo laríngeo, colocado delante de la cara posterior de la faringe. Gracias á este perfeccionamiento, se hizo posible el estudio y exámen de las enfermedades de la laringe sin esperar la aparicion de un rayo de sol.

Algunos años despues, por la adicion de una lente plano-convexa entre la lámpara y el enfermo, Moura-Bourouillou obtiene una luz un poco más intensa, que hace el exámen más fácil.

Todos los laringoscopios de una lente se construyen bajo el modelo del de Moura, y se componen de un anillo ó una pieza para ajustarse al cuello de la lámpara; en las dos extremidades opuestas del diámetro de este anillo, se colocan por una parte un espejo cóncavo, y por la otra una lente convexa.

Con todos estos laringoscopios es insuficiente la luz é imposible distinguir las diferencias de coloracion de las diversas partes de la laringe: para obviar este inconveniente, tambien se ha reemplaza-

do la lámpara por un foco de luz de más potencia.

La luz oxídrica con el aparato de Dubosq, perfeccionado por Drummond y Molteni, es la más empleada; pero este aparato exige una instalación especial y muy dispendiosa; es, además, imposible el trasportarlo, y en ocasiones muy difícil su manejo.

La luz eléctrica necesita igualmente aparatos muy complicados y caros; sin embargo, esta cuestión se estudia mucho desde hace algunos meses, y ojalá se llegaran á conseguir fácilmente pequeñas bugías eléctricas para reemplazar con ellas la lámpara de alumbrado ordinario; pero mucho temo que este perfeccionamiento no se realice sinó en muy largo plazo.

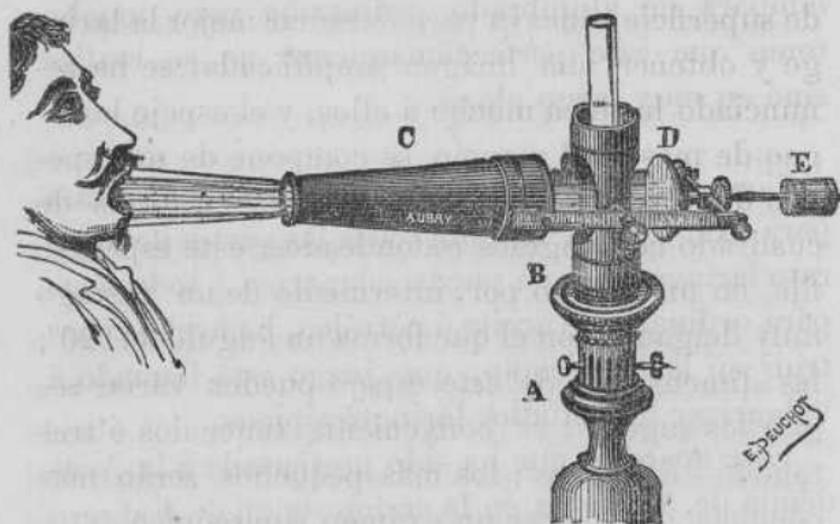
Con objeto de obtener una luz bastante intensa para examinar fácilmente todas las partes del aparato laríngeo, y que pueda adaptarse á toda lámpara ordinaria de aceite ó petróleo, he hecho construir mi laringoscopio, que juzgo está llamado á vulgarizar los estudios laringoscópicos.

Este aparato, que ha sido presentado á la Academia de Medicina en la sesión de 26 de Febrero de 1878, presenta no solamente la ventaja de dar un alumbrado suficiente con un foco de luz, que donde quiera se halla, la lámpara ordinaria, sinó que es de una adaptación tan cómoda, que le permite aplicarse á todas las mesas. Es además de

una movilidad absoluta en el sentido vertical y horizontal, de tal manera, que el foco luminoso se dirige con una gran facilidad á los puntos que hay que iluminar. Con este instrumento, el Médico se coloca al lado y áun delante de la luz directa de la lámpara sin inconveniente ni molestia.

La parte C D E, que forma el aparato iluminador, está unida por un tallo de cobre en equilibrio sobre unos ejes, lo que permite, por medio de un tornillo de presión, inmovilizar la proyección de luz en la dirección que se quiere.

El tubo cónico de cobre C, encierra dos lentes



Laringoscopio del DR. CADIER.

- A Lámpara de aceite.
- B Manguito que contiene el laringoscopio sobre dos ejes con tornillo para regular la altura.
- C Tubo cónico de cobre con lente.
- D Reflector.
- E Contrapeso.

destinadas á concentrar los rayos luminosos, reflejados por el reflector D. La lente, situada cerca de la lámpara, es plano-convexa, y su superficie plana mira al foco luminoso; la situada en la otra extremidad del tubo es biconvexa y de un diámetro mucho menor que la primera.

Además de estos diferentes aparatos de alumbrado, es preciso, para hacer el exámen de la laringe, colocar en el fondo de la boca del enfermo un espejito, llamado espejo laríngeo, cuya forma ha sufrido diversas trasformaciones. En un principio se hacia uso de espejos redondos ú ovales y de superficie cóncava para iluminar mejor la laringe y obtener una imágen amplificada; se ha renunciado hace ya mucho á ellos, y el espejo laríngeo de más fácil manejo se compone de un espejito de cristal de superficie plana y en forma de cuadrado con ángulos redondeados; este espejo se fija en un mango por intermedio de un vástago muy delgado, con el que forma un ángulo de 120° ; las dimensiones de este espejo pueden variar segun los sugetos; es conveniente tener dos ó tres tamaños diferentes; los más pequeños serán más cómodos para hacer un exámen rinoscópico.

Manejo del laringoscopio.

A pesar de un buen laringoscopio, el exámen de la laringe presenta algunas veces graves difi-

cultades; sin embargo, lo más frecuente es que este exámen sea bastante fácil cuando se procede con método y se siguen exactamente los preceptos siguientes:

Dirigir desde luego el centro de los rayos luminosos hácia la parte media de la úvula, teniendo el enfermo abierta la boca cuanto pueda.

Para evitar que el espejo se empañe por la condensacion del vapor de agua espirado, es preciso calentarle sobre la lámpara que sirve para el reconocimiento; es importante, al calentar el espejo, el poner sobre la llama la cara reflectora y asegurarse con el dorso de la mano que no está demasiado caliente. Se hace al enfermo sacar la lengua, y se la mantiene en esta posicion con la mano izquierda, sujetando su extremidad con un paño.

Entonces la mano derecha toma el espejo laríngeo, ya como una pluma de escribir, ya como un tenedor; yo he escogido esta segunda manera, que tiene la ventaja de no tener necesidad de cambiar la posicion de mi mano, cuando en lugar del espejo tengo un portacaústico ó una pinza de pólipos.

Es preciso llevar el espejo laríngeo directamente á la cara posterior de la faringe, teniendo cuidado de aplicarlo sin vacilacion al lugar que debe

ocupar para hacer el exámen. Este tiempo de la operacion tiene gran importancia y reclama estar bastante ejercitado, pues si se ejecuta mal hace imposible el exámen de la laringe; para facilitar este ejercicio he hecho construir una laringe de caoutchouc, que presta continuamente grandes servicios en mi clinica, para habitar á los discípulos al manejo del laringoscopio. La presion del espejo sobre la pared posterior de la faringe debe ser bastante fuerte, para evitar al enfermo la sensacion de cosquilleo, que haria imposible el exámen.

A fin de examinar sucesivamente todas las partes de la laringe, es preciso hacer bascular ligeramente el espejo sobre su borde inferior; tanto más se eleva el espejo, tanto más fácil se hace el exámen de las partes anteriores de la laringe; para el exámen de las partes posteriores hay que inclinarle hácia abajo; es preciso además hacer funcionar el aparato laríngeo durante el exámen, con objeto de ver si alguno de los movimientos es incompleto. Para este exámen se hace pronunciar al enfermo la vocal *e* ó *a*; y si alguna parte de la laringe aún no se vé bien, se le hace dar un sonido más agudo, cuya emision necesita la elevacion de la laringe y hace por consiguiente más fácil este exámen.

La imágen obtenida en el espejo es vertical, las partes anteriores de la laringe se ven arriba; los



lados derecho é izquierdo no cambian con relacion al enfermo. Esta imágen es, pues, recta y no invertida.

Dificultades para la exploracion.

Varios obstáculos pueden dificultar el exámen laringoscópico; vamos á pasar revista á los que más frecuentemente se presentan, y os indicaré los medios más convenientes para vencerlos con más facilidad:

1.º *Abertura insuficiente de la boca.*—Es muy raro que este obstáculo dependa de una causa material; lo ordinario es que sea hijo de un estado nervioso del enfermo, y basta un poco de paciencia para hacerle desaparecer. El medio que suele dar buen resultado es hacer delante del enfermo el exámen de otro.

2.º *Lengua muy elevada.*—Esta elevacion de la parte posterior de la lengua suele ser difícil vencerla; algunos enfermos son poco dueños de los movimientos de su lengua, y el medio más seguro en este caso es colocarles delante de un espejo y hacer que se ejerciten en verse la faringe sin usar la cuchara.

3.º *Sensibilidad exagerada de la mucosa palatina y de la campanilla.*—Algunos enfermos, que de ordinario son artríticos-dispépticos, tienen una sensibilidad refleja de la mucosa palatina tan exa-

gerada, que el menor contacto les provoca náuseas; esta sensibilidad es muy difícil de vencer cuando depende, como es frecuente, de un estado dispéptico del enfermo, estado que no puede modificarse en uno ni en dos días. En estos casos hay que recurrir á una anestesia, ya general por el bromuro de potasio, ya local, que es lo más frecuente, haciendo chupar un trozo de hielo, ó por medio de un gargarismo de bromuro de potasio y morfina, ó bien, que es lo mejor, á favor de una pulverización durante algunos minutos de la disolución siguiente:

Pulverización:

Bromuro de potasio.. . . .	4	gramos.
Hidroclorato de morfina.. .	0	» 04
Agua destilada.. . . .	40	»

Para una pulverización con la mitad, hecha algunos minutos antes de la aplicación del espejo.

Es indispensable en estos casos tener una gran destreza y colocar rápidamente el espejo faríngeo, para hacer un exámen rápido de las partes más importantes.

4.º *Hipertrofia de la úvula.*—Es muy raro que esta hipertrofia constituya obstáculo verdadero para el exámen de la laringe; cuando es muy voluminosa pueden ensayarse para disminuirla las cauterizaciones; háse también aconsejado la exci-

sion, pero es una operacion de la que se ha abusado mucho y que no debe practicarse sinó con un objeto terapéutico. Los diversos instrumentos imaginados para elevar la úvula hipertrofiada son difíciles de manejar; así que el medio más práctico consiste en colocar el espejo todo lo bajo que sea posible y apoyarlo con fuerza sobre la campanilla, que queda comprimida sobre la pared posterior de la faringe.

5.º *Hipertrofia de las amígdalas.*—Cuando las amígdalas son muy voluminosas, es preciso servirse de un espejo muy pequeño; cuando la hipertrofia es tan grande que dificulta ó imposibilita el exámen, aún con el espejo pequeño, hay que acudir á las cauterizaciones para disminuir las de volúmen, ó bien hacer la ablacion con el amígdalotomo.

6.º *Descenso de la epiglotis.*—La epiglotis es la parte de la laringe que presenta más variaciones individuales en sus dimensiones y en su forma; es la parte que dá á cada aparato laríngeo su fisonomía especial. En ciertos casos la abertura que dejan los dos bordes de la epiglotis, no es bastante extensa para permitir un exámen completo de la laringe; y en los casos en que este órgano está muy descendido ó ajustado, se hace imposible todo exámen por los medios ordinarios; en este caso es preciso colocar el espejo muy abajo y el foco luminoso muy alto, y aún á veces acudir

á un medio artificial para elevar la epiglotis. Diversos aparatos y pinzas han sido imaginados con este objeto; pero todos son de difícil manejo; el medio más sencillo, consiste de ordinario en practicar una ó dos cauterizaciones del ligamento glosa-epiglótico; el tejido cicatricial eleva después la epiglotis en virtud de su retracción.

El exámen de la parte posterior de las fosas nasales se hace con un espejo muy pequeño, teniendo cuidado de volver el espejo después de haberle colocado detrás de la úvula. Para facilitar este exámen, es preciso hacer pronunciar al enfermo el sonido nasal AN; en efecto, esta emisión exige el descenso del velo del paladar y su separación de la pared posterior de la faringe. Este espacio es á veces muy pequeño, siendo entonces difícil la aplicación del espejo rinoscópico.

Estos exámenes exigen la destreza que dá el hábito de verificarlos; no me cansaré de recomendar el no perder ocasión que se presente para ejercitarse en hacerlos con rapidez.

II.

HISTORIA DE LAS CLASIFICACIONES.—CLASIFICACIONES ANATÓMICAS.—CLASIFICACION QUE ADOPTO: DIVISION DE LAS ANGINAS EN CUATRO CLASES: 1.^a ANGINAS LOCALES; 2.^a ANGINAS LOCALIZADAS, AGUDAS Y CRÓNICAS; 3.^a NEUROSIS; 4.^a TUMORES.—RAZONES QUE ME HAN HECHO NO ADMITIR LA EXISTENCIA DE LA ANGINA HERPÉTICA.

Antes de abordar el estudio de cada enfermedad de la laringe en particular, voy á hacer la historia de las diversas clasificaciones propuestas hasta hoy, y á exponeros las razones que me hicieron adoptar la clasificacion que nos servirá de guía para el estudio de las enfermedades del aparato de la voz.

La aplicacion del laringoscopio al estudio de las enfermedades de la laringe, ha permitido seguir la evolucion de estas con una facilidad y precision imposibles de realizar antes de este descubrimien-

to. La laringología no existe de una manera científica, sinó desde este día; así que no estudiaremos más que las clasificaciones propuestas desde esta época.

Los alemanes, y los que en Francia son adeptos á todas las teorías que nos vienen de aquel país, fijándose sólo en la lesion local vista con el laringoscopio, han basado una clasificacion sobre los diferentes elementos anatómicos invadidos por la enfermedad, y sobre los diferentes puntos de la laringe en que los elementos anatómicos tienen asiento.

Así reconocen:

- 1.^a La laringitis grandulosa;
- 2.^a » laringitis ulcerosa;
- 3.^a » laringitis edematosa;
- 4.^a » laringitis hipertrófica;
- 5.^a » laringitis necrósica.

En su artículo del Diccionario enciclopédico, MM. Peter y Krishaber han ensayado llenar una parte de las lagunas de esta clasificacion; la descripcion que voy á trazaros os permitirá juzgar por vosotros mismos de sus numerosas imperfecciones.

CLASIFICACION ANATÓMICA.

Cinco clases de enfermedades de la laringe.

I. Cambios de circulacion comprendiendo dos grupos:

A. La hiperemia; *B.* la anemia.

II. Inflamaciones, que comprenden seis grupos:

1.^{er} grupo.—Laringitis simple catarral aguda ó crónica, y laringitis estridulosa.

2.^o grupo.—Comprende la laringitis intensa, epiglotitis, pericondritis, condritis, abcesos y laringitis edematosa.

3.^o grupo.—Laringitis diftérica.

4.^o grupo.—Laringitis granulosa y laringitis hipertrófica.

5.^o grupo.—Laringitis secundarias de las fiebres eruptivas.

6.^o grupo.—Laringitis diatésicas, tuberculosas y sifilíticas.

III.—Hipertrofia ó atrofia de las cuerdas vocales.

IV.—Tumores, pólipos y cánceres.

V.—Neurosis.

Esta clasificacion está basada principalmente en la presencia de un síntoma local, y puede, por tanto, hacer confundir enfermedades muy diferentes en su marcha, pronóstico y tratamiento.

Juzgo útil citar el ejemplo siguiente en apoyo de esta afirmacion:

La laringitis edematosa (que en esta clasificacion forma una enfermedad perfectamente caracterizada), puede sobrevenir en tres casos muy diferentes:

1.º En un individuo en muy buen estado de salud, por un simple enfriamiento.

2.º En un tísico, y como síntoma de tisis laringea en segundo grado.

3.º En un sifilítico que sufre accidentes terciarios en la laringe.

En la clasificacion anatómica que acabo de describir, estos tres casos entran en la misma categoría; vosotros veis, sin embargo, por la sola enumeracion que os he hecho, que estos tres ejemplos, aunque semejantes al exámen laringoscópico, son esencialmente diferentes para el pronóstico y para el tratamiento.

En su *Tratado de las anginas*, publicado en 1868, el profesor Lasègue ha escrito contra estas doctrinas; y con el talento generalizador que le caracteriza, ha sentado algunos principios generales, que han sido seguidos por nuestro malogrado maestro y amigo el profesor Isambert, en sus lecciones clínicas de Lariboisière; este eminente práctico unia á muy profundos conocimientos de

patología general un excelente hábito del manejo del laringoscopio; la clasificación que profesaba puede presentarse como un modelo, y no puedo menos de conservar las divisiones principales para la clasificación que os propongo, y que me sirve de guía para el exámen de mis enfermos.

PRIMERA CLASE.—Anginas primitivas, independientes de todo estado morbosó general.

Se divide en dos grupos:

1.^{er} grupo.—Angina inflamatoria aguda.

A angina catarral aguda.

2. ^o grupo, angina catarral	B angina catarral crónica.. .	}	de los cantantes.
			» oradores.
			» fumadores.
			» bebedores.
			» cocheros.
			por venenos. por vapores irritantes, etc.

SEGUNDA CLASE.—Anginas secundarias ó localizadas, ligadas á un estado morbosó general; dos grupos:

1. ^{er} grupo, anginas agudas.. .	}	del sarampion.
		de la viruela.
		» escarlatina.
		» fiebre tifoidea.
		» difteria.
		» fiebre herpética.
		del muermo. del cólera.

- 2.º grupo, anginas crónicas. $\left\{ \begin{array}{l} \text{sifilítica.} \\ \text{escrofulosa.} \\ \text{tuberculosa.} \\ \text{artrítica.} \end{array} \right.$

TERCERA CLASE.—Cambios de la inervacion, neurosis, comprendiendo dos grupos:

1.º grupo.—Parálisis.

2.º grupo.—Spasmos.

CUARTA CLASE.—Tumores, comprendiendo igualmente dos grupos:

1.º grupo.—Pólipos.

2.º grupo.—Cáncer ó tumores malignos.

En esta clasificacion hemos conservado, como veis, la caracterísca *angina*, porque siendo un nombre general, no prejuzga, en modo alguno, la parte del aparato vocal, asiento de la enfermedad, y puede aplicarse con igual propiedad á todos los períodos de la afeccion, ya principie por la faringe, ya tuviera su origen en las cuerdas vocales.

Como por el cuadro precedente podeis ver, he dividido las anginas en cuatro clases; pero las dos primeras comprenden por sí solas casi toda la patología de la laringe; si he admitido un estudio separado para la tercera y cuarta clase, es principalmente por la fisonomía particular de las neurosis y de los tumores, que necesitan casi siempre

una terapéutica especial, áun en los casos en que estos estados morbosos se relacionen con uno de los grupos de enfermedades estudiadas en las dos primeras clases.

Con objeto de hacer más fácil el estudio de la patología laríngea, y de permitirnos de un golpe de vista apreciar mejor las causas que me han impulsado á escoger la clasificación que os propongo, voy á enumeraros los caracteres principales de cada uno de los grupos que la constituyen, y haceros conocer, en una palabra, la característica de cada uno de ellos.

PRIMERA CLASE.

La primera clase comprende las anginas primitivas, independientes de todo estado morboso general.

Segun que el elemento glandular está más ó menos afecto, hemos dividido esta clase en dos grupos: el primero, comprendiendo las anginas inflamatorias simples, y el segundo las anginas catarrales.

Primer grupo.—Angina inflamatoria. Es esta la angina aguda simple; está ordinariamente más localizada que la angina catarral; su sitio de predilección es en los pilares ó en las amígdalas; cuando es intensa, toma un carácter flegmonoso muy marcado, sobre todo, en la region peri-amig-

dalina. Es producida esta angina ordinariamente por la impresion directa de una sustancia irritante, y puede ser tambien el resultado de un enfriamiento brusco.

Segundo grupo.—Angina catarral aguda y crónica. De todas las anginas agudas, la forma catarral es desde luego la más frecuente; está caracterizada por su localizacion especial en el sistema glandular, muy desarrollado, como sabeis, en esta region; presenta mucha más tendencia á la generalizacion ó propagacion que la angina inflamatoria. No queda francamente limitada esta afeccion á la garganta, sinó que se ven sobrevenir el coriza y la bronquitis de la misma naturaleza. La reunion de estos tres síntomas constituye la gripe, enfermedad esencialmente catarral y epidémica, de la que la angina catarral no es sinó uno de los tres estados característicos.

La angina catarral de forma crónica, no se presenta generalmente más que como consecuencia de una ó varias anginas catarrales agudas; sin embargo, algunas veces, cuando esta afeccion es hija de la accion de irritaciones frecuentes muy localizadas, los accesos agudos pueden pasar desapercibidos, y en este caso es cuando se ve la angina catarral crónica presentarse primitivamente; los cantantes, oradores, fumadores, cocheros y los que abusan de los alcohólicos, presentan

estas condiciones especiales, que pueden igualmente sobrevenir bajo la influencia directa ó indirecta de ciertos medicamentos ó venenos, y permiten á la angina catarral crónica presentarse de una manera primitiva.

En esta variedad, en razon de la naturaleza catarral y crónica de la afeccion, se ve las glándulas de la faringe y áun las de la laringe hipertrofiarse poco á poco por exceso de funcion, y dar así origen á un síntoma que se le ha llamado durante mucho tiempo *angina glandulosa*, y del que se ha hecho una entidad morbosa distinta. Este aspecto glanduloso no es por otra parte siempre idéntico, y hemos de ver en el estudio de cada angina en particular, que la forma de las glándulas varía con la naturaleza de la causa que ha determinado su aparicion, y puede tambien en un gran número de casos servir de elemento de diagnóstico.

SEGUNDA CLASE.

La segunda clase comprende las anginas secundarias ó localizadas, unidas á un estado morbozo general. Tenemos que estudiar dos grupos: el primero, que comprende las anginas dependientes de un estado morbozo general agudo, y el segundo las dependientes de un estado morbozo general crónico ó diatésico. Las anginas agudas que

constituyen el primer grupo, están ligadas ordinariamente á afecciones, durante el curso de las cuales, en razon del estado febril del enfermo, es difícil hacer un exámen laringoscópico bastante completo; además, en un gran número de casos, como la viruela, escarlatina, sarampion, fiebre tifoidea, etc., esta angina no es frecuentemente más que un accidente sin importancia en medio de fenómenos más graves, accidente cuya aparicion no necesita ninguna intervencion terapéutica activa.

Estas consideraciones nos determinan á hacer un estudio menos profundo de las anginas que constituyen este grupo, proponiéndonos estudiar muy detalladamente las anginas crónicas, de las que el exámen laringoscópico presenta más facilidad, y en razon de su cronicidad, se presentan mucho más á menudo á vuestra consulta en busca del alivio y curacion que pueda esperarse de una terapéutica bien dirigida.

Las anginas que constituyen el segundo grupo están relacionadas con afecciones generales de marcha esencialmente crónica; *sífilis*, *escrófula*, *tuberculosis* y *artritismo*; y en razon de la gravedad de la mayor parte de ellas y de lo rebeldes al tratamiento, exigen con frecuencia estas variedades de anginas el empleo de medios terapéuticos enérgicos, mereciendo por lo mismo ocupar la atencion del Médico de una manera especial.

Si en un gran número de casos, por el exámen local y general del enfermo, se puede fácilmente llegar á hacer un diagnóstico exacto de la naturaleza de la angina, hay otros que, por el contrario, el diagnóstico ofrece sérias dificultades. Para que este estudio nos sea más fácil, voy á enumeraros hoy los síntomas principales y la característica de cada una de estas variedades de angina crónica, reservándome para nuestras lecciones ulteriores el hacer más detalladamente el estudio de cada una en particular.

1.º Angina *sifilítica*: principia por la parte superior del vélo del paladar, se extiende á los pilares é invade despues la cara posterior de la faringe; durante el período de las manifestaciones secundarias, las ulceraciones sifilíticas nunca se presentan más allá de la cara posterior de la epiglotis. En el período terciario son invadidas las partes más inferiores, y véense sobrevenir las lesiones sifilíticas de las cuerdas vocales. La marcha de la angina sifilítica es, pues, de fuera á dentro, es *descendente*.

2.º Angina *escrofulosa*: principia por la cara posterior de la faringe y lo más frecuentemente sucede á un coriza crónico; invade en seguida por una marcha ascendente las partes superiores del vélo del paladar; poco despues se hace un segun-

do brote hácia las partes inferiores de la faringe, y el principio de esta segunda exacerbacion tiene lugar tambien en la parte superior de la cara posterior de la misma; podemos, pues, comprobar aquí una marcha divergente de la afeccion con origen en la cara posterior de la faringe.

3.º Angina de los tuberculosos ó tisis laríngea; principia por la laringe, y los puntos primitivamente enfermos son la comisura posterior (aspecto velvético), y el borde libre de las cuerdas vocales; más tarde sobrevienen lesiones de las eminencias aritenoides y de la epiglotis, pero entonces las lesiones pulmonares son ya muy apreciables; podemos, pues, comprobar aquí una marcha *ascendente*, con origen en las partes inferiores de la laringe.

4.º Angina *artrítica*: en esta afeccion se vé una generalizacion más marcada que en las otras variedades de que acabamos de ocuparnos; ordinariamente principia simultáneamente por los pilares, por la comisura posterior y por la parte posterior de las cuerdas vocales, pero estas diferentes manifestaciones son superficiales y caracterizadas por una coloracion roja viva de un matiz especial.

A estos caracteres diferenciales podríamos añadir el aspecto de las granulaciones y su volúmen,

que varía en cada una de estas variedades; pero esta descripción exigiria demasiados detalles, y hallará un lugar más digno de su importancia cuando hagamos el estudio de cada una de estas anginas.

En esta sumaria revista de las anginas secundarias crónicas, habreis podido observar que no hablo de la angina *herpética*; antes de pasar adelante, quiero haceros notar que no es un olvido por mi parte; y que si no coloco en ningun grupo la angina herpética, es porque no creo en su existencia como entidad morbosa, y me he decidido á borrar del cuadro de las afecciones laríngeas esta variedad de angina, de que tanto se ha abusado desde hace algunos años, sin que nunca se hayan deslindado sus caractéres.

Hasta hoy, en todos los enfermos que he examinado y que sufrían angina herpética, segun su creencia, ó segun les habian asegurado, he podido comprobar, ya una angina escrofulosa, ya, más á menudo, una angina artrítica; y tomándose el trabajo de analizar sin preocupacion las observaciones bien descritas de angina herpética, hállanse constantemente en los enfermos que las padecen, ya antecedentes de escrófula, ya de artritismo, que permiten dudar de la naturaleza herpética de la angina que es objeto de la observacion.

Basta, por último, pensar en la frecuencia de las afecciones cutáneas, eczematosas, ú otras que se presentan en la infancia y en la adolescencia, en los individuos escrofulosos ó artríticos, para convenirse de cuán pueril es el hacer un diagnóstico de herpetismo ó de angina herpética, simplemente por que existió una afección de la piel en uno de aquellos dos períodos de la existencia del enfermo.

La escasez de tiempo no me permite hoy multiplicar ejemplos en favor de la tésis que sostengo; os he desarrollado la marcha de mi argumentación. Cuando aborde este estudio en una conferencia clínica, os haré las observaciones que fueron causa de mi manera de ver, y podreis juzgar por vosotros mismos si mis conclusiones están bien fundadas.

TERCERA CLASE.

La tercera clase comprende los cambios de la inervación; puede dividirse en dos grupos:

1.^{er} grupo, *paralisis*.—2.^o grupo, *espasmos*.

Las paralisis, igualmente que los espasmos, pueden depender de una causa extraña á la laringe, ó bien de una enfermedad del aparato vocal; fuera de esta observación, nada de particular hay que anotar en este estudio sintético, ni tampoco respecto á su clasificación.

CUARTA CLASE.

Comprende la cuarta clase los *tumores*: cierto número de tumores de la laringe son consecuencia de una de las variedades de anginas crónicas de la segunda clase; serán, pues, estudiados estos tumores al mismo tiempo que las enfermedades que les dieron origen, y nos quedarán para un capítulo especial, que constituirá nuestra cuarta clase, los pólipos que no estén ligados á ninguna de estas anginas crónicas. En otro capítulo hacemos el estudio de los tumores malignos ó cancerosos que están íntimamente relacionados con un estado morbozo general (1); pero que, por consecuencia de su marcha y su terapéutica, pueden ser objeto de un estudio especial y bien deslindado, que nos conducirá á estudiar la terapéutica quirúrgica de las afecciones laríngeas.

(1) Como de estas palabras se colige, el Dr. Cadier está afiliado, en la doctrina de los tumores, á la escuela llamada *generalizadora*, fundando la génesis del carcinoma en un estado morbozo general. La índole de esta obra es esencialmente práctica, como lo hace notar muy especialmente en su prólogo el autor, así que no puede pedirse en ella la sustentacion de esa doctrina, como sus antagonistas los *localizadores* no podemos tampoco rebatirla.—(Nota del Traductor.)

III.

PRIMERA CLASE.

Primer grupo.

El primer grupo de la primera clase comprende la angina inflamatoria aguda, que es una inflamacion simple de la mucosa de las vías respiratorias; ordinariamente esta inflamacion es superficial, pero á veces invade las capas profundas de la mucosa y los tegidos más profundos, y termina por la formacion de un abceso.

La angina inflamatoria aguda se limita de ordinario á una parte bastante circunscrita del aparato vocal, lo que nos permitirá hacer un estudio separado de su evolucion sobre las diversas partes de este aparato; estudiaremos, pues, sucesivamente:

- 1.º La amigdalitis simple;
- 2.º » amigdalitis flegmonosa;
- 3.º » periamigdalitis flegmonosa;

- 4.º La epiglotitis;
- 5.º El edema agudo de la glotis, que debiera llamarse con más propiedad edema de las eminencias aritenóides;
- 6.º La laringitis simple, y
- 7.º La laringitis estridulosa.

1.º—*Amigdalitis simple.*

Hállase caracterizada esta afección por la tumefacción, rubicundez, dureza de la amígdala con calor, seca la garganta y dificultad mayor ó menor de la deglución.

La invasión tiene lugar de ordinario sin pródromos ó muy ligeros; pero poco á poco la tumefacción se hace más considerable, la secreción salival, que se ha hecho más abundante, provoca frecuentes movimientos de deglución, que son el punto de partida de nuevos sufrimientos del enfermo; la voz se hace nasal y como apagada, y frecuentemente el enfermo es atormentado por una tos gutural muy penosa.

Al exámen, la amígdala presenta un color rojo oscuro, la mucosa está espesa, friable y recubierta en varios sitios de concreciones blanquecinas, productos de los folículos de la amígdala que participan de la inflamación. Con frecuencia las dos amígdalas están afectas, pero ordinariamente no sufren sinó una despues de otra y con dife-

rente intensidad. Esta afección va casi siempre acompañada de ruido y dolores en los oídos, que son hijos de la propagación de la flegmasia á los orificios de las trompas de Eustaquio (1).

Los ganglios submaxilares suelen ponerse tumefactos y dolorosos, lo que impide á los enfermos abrir la boca.

En estado normal, las amígdalas presentan variaciones bastantes marcadas en su posición, más ó menos hácia fuera ó hácia dentro de los pilares; de aquí se sigue que en estado patológico la tumefacción de las amígdalas es más ó menos pronunciada hácia dentro ó hácia fuera, según los casos; esta disposición nos permite comprender las variaciones bastante marcadas que se comprueban en los cambios funcionales de esta afección.

La amigdalitis tiene una marcha generalmente bastante rápida; del cuarto al sexto día los síntomas locales y generales disminuyen rápidamente, la fiebre baja ó desaparece, y la resolución de la amígdala se efectúa con rapidez.

Esta afección es frecuente en la segunda infancia, pero alcanza su máximo de frecuencia de los 15 á los 25 años.

(1) Esta propagación se hace á veces hasta el mismo oído medio, y no es raro ver sobrevenir otitis medias, á veces muy intensas, que terminan por supuración y destrucción de la membrana del tímpano si no se acude á practicar la miringotomía. De estos casos he tenido ocasión de observar varios.—(N. del T.)

Tratamiento.—Se han propuesto, con el fin de hacer abortar la enfermedad en un principio, cauterizaciones con el nitrato de plata ó insuflaciones de alumbre; pero este tratamiento no ha hecho otra cosa que frecuentemente contribuir ó aumentar la inflamacion de la amígdala y agravar el estado general.

Al principio se acude á los gargarismos emolientes, mucilaginosos; reposo, temperatura algo elevada en la habitacion y revulsivos en las extremidades inferiores producen frecuentemente un alivio bastante marcado. Al mismo tiempo es preciso cuidar de mantener las fuerzas del enfermo con caldos sustanciosos y jugo ó extracto de carne. Al quinto ó sexto dia es muy conveniente acudir á los gargarismos astringentes con alumbre ó clorato de potasa, que entonces activa la resolucion.

Cuando la resolucion se verifique con dificultad, no debe dudarse, así que el período agudo ha desaparecido, en hacer uso de embrocaciones con una solucion iodurada de iodo metálico, para evitar la hipertrofia ulterior de la grándula y el paso de la amigdalitis al estado crónico.

2.º—*Amigdalitis flegmonosa.*

Durante los primeros cuatro dias, todo sucede

igual que para la amigdalitis simple, excepto algunas veces, un poco más de postracion y soñolencia. El quinto dia, dia crítico en las anginas, la amígdala, en lugar de hacerse menos turgente, conserva su color rojo y su volúmen, y aún el color suele hacerse más pronunciado; puede entonces asegurarse que se vá á formar un absceso de la amígdala.

Segun que el sitio del absceso sea más ó menos profundo, los síntomas que le acompañan se prolongan más ó menos, y presentan mayor ó menor intensidad; la duracion media de este segundo período es de cinco á ocho dias. Despierta el enfermo una mañana curado, habiéndose abierto el absceso durante el sueño; puede abrirse tambien en un esfuerzo de vómito ó de tos; sienten los enfermos de repente la boca húmeda, y se aperciben, al escupir, que arrojan un pus flegmonoso mezclado con mucosidades.

Al exámen se vé la amígdala roja violácea, y la parte donde se hallaba el absceso deprimida; en un punto de esta superficie puede verse una gotita de pus que cierra el orificio del absceso. Cuando el individuo está debilitado y el absceso es voluminoso, puede sobrevenir el esfacelo de una parte de la glándula.

Como tratamiento deben usarse los emolientes bajo todas las formas; gargarismos tÍbios y mucii-

laginosos repetidos, pueden hacerse con infusion de cabezas de adormideras; cataplasmas y fricciones con pomada de belladona á la parte correspondiente del cuello, debe continuarse el uso de los revulsivos á los miembros inferiores, y administrar un purgante ó mejor un emeto-catártico.

La fluctuacion del absceso de la amígdala, es casi imposible percibirla, lo que hace muy difícil la intervencion quirúrgica para la abertura del mismo.

En los individuos linfáticos, á consecuencia de aplicaciones cáusticas intempestivas, la amígdala inflamada puede gangrenarse, y entonces hay que acudir á las preparaciones tónicas y tocar las partes esfaceladas con polvos de quina ó con una solucion de cloral al centésimo. Abierto el absceso se prescriben gargarismos con el clorato de potasa ó el alumbre.

3.º—*Peri-amigdalitis flegmonosa.*

Esta afeccion tiene dos períodos: el primero, que puede llamarse superficial, durante el cual sólo la membrana mucosa está enferma; y el segundo, en que el tejido celular está interesado, y que por lo tanto, es más profunda la inflamacion.

El principio de la peri-amigdalitis flegmonosa, no suele distinguirse del de las dos enfermedades que acabamos de estudiar; sin embargo, si con

atención se examina la garganta, puede percibirse un color rojo oscuro de mal aspecto, y limitado con bastante exactitud á los puntos que ulteriormente serán el sitio del absceso; estos puntos halláanse además ligeramente edematosos. La amígdala es voluminosa, y su superficie presenta, en muchas partes, una exudacion blanco-amarillenta.

Poco á poco el enfermo se abate más, siente un intenso escalofrío, la fiebre se hace considerable, la deglucion imposible, la sequedad de la garganta y la sed son un tormento continuo para el enfermo; la ansiedad es grande, la saliva sale continuamente, la palabra es difícil, la voz nasal; las mandíbulas cada vez se separan con más dificultad, y se hace con frecuencia imposible examinar la region enferma, y si es posible tocarla, se siente pastosidad y tumefaccion considerables de toda la region, pero sin poder percibir sensacion de fluctuacion evidente.

La ansiedad del enfermo se hace extrema, su respiracion es muy penosa, siente la sensacion de sofocacion inminente, y reclama con instancia la abertura del absceso.

Este segundo período tiene una duracion de cinco, seis ó siete dias; luego el absceso se abre y se vacía de una vez, el enfermo está curado y entra en convalecencia.

Tratamiento.—Se ha abusado desde muy anti-

guo de una medicacion antiflogística activa; aplicaciones de sanguijuelas *loco dolenti*, y sangrías generales; pero, por último, se ha reconocido que este tratamiento abortivo no ha dado nunca resultado, y que no se conseguia otra cosa con esta medicacion que entorpecer la marcha regular de la afeccion, y prolongar los sufrimientos del enfermo.

Recomiendo, pues, á los Médicos el que sepan resistir á las instancias del enfermo, y sobre todo de las personas que le rodean, que piden frecuentemente el empleo de este tratamiento, y no hagan otra cosa que usar los emolientes bajo todas formas, ya en cataplasmas, ya en gargarismos mucilaginosos: es preciso igualmente prohibir las bebidas frias y el hielo, que si bien proporcionan algunos instantes de bienestar al enfermo, ocasionan despues una recrudescencia de los síntomas inflamatorios.

Si la tension de las partes enfermas es demasiado considerable, son útiles las escarificaciones directas sobre el tumor; pero, para obtener un alivio duradero, es necesario que estas escarificaciones sean múltiples y bastante profundas.

Como es casi imposible que pueda comprobarse la fluctuacion, es muy raro que pueda abrirse el absceso con el bisturí; si se hace la puncion, no sale ordinariamente otra cosa que un poco de sangre espesa, y el absceso no se abre sinó algunas

horas despues ó al dia siguiente, y áun suele suceder que se abra por otro punto distinto de aquel que se puncionó con el bisturí.

Si la sofocacion parece inminente, es preciso saber tranquilizar al enfermo y tener presente que no pasa de este estado de inminencia, que es más alarmante aparentemente, que peligroso en el fondo.

Los vomitivos son muy útiles, baja el pulso y hacen disminuir la fiebre; además, por las sacudidas que determinan, pueden, si el abceso está bastante avanzado, determinar su abertura. A la vez que se hará uso de los emolientes bajo todas formas, es muy conveniente y áun necesario, que tome el enfermo caldos sustanciosos y jugo de carne para sostener las fuerzas.

4.º—*Epiglotitis aguda.*

Esta inflamacion ordinariamente está limitada al borde de la epiglotis; en la mayoría de los casos es ocasionada por una quemadura y algunas veces por la impresion del frio. Suele haber algo de disnea, pero sobre todo disfagia, porque siendo muy dolorosos los movimientos de la epiglotis, el descenso de este órgano para cerrar el orificio glótico en el segundo tiempo de la deglucion, se acompaña de un violento dolor.

Esta afeccion tiene una marcha muy aguda, su

duracion es de cinco á seis dias. El tratamiento consiste principalmente en hacer fumigaciones emolientes, respirar un aire caliente, y en evitar en cuanto sea posible los movimientos de deglucion.

Cuando la impresion de frio ha sido más viva ó la quemadura más violenta, la inflamacion no se limita al borde de la epiglotis, la mucosa que tapiza las eminencias aritenoides se inflama igualmente, y la enfermedad se convierte entonces en lo que se ha llamado impropriamente edema de la glotis, y cuyo verdadero nombre seria: edema de las eminencias aritenóides y de la epiglotis.

Esta afeccion se presenta con bastante frecuencia en Inglaterra en los niños que beben imprudentemente por el pico de una tetera en el momento que acaba de verterse el agua hirviendo. El edema de la glotis está caracterizado por la disnea, por una sensacion de cuerpo extraño en la laringe; el enfermo hace esfuerzos de tos ó de deglucion para librarse de ese imaginario cuerpo extraño, pero no logra expulsar con la tos más que algunas mucosidades; ordinariamente la voz está alterada, disminuida en timbre y en intensidad.

Cuando el edema es más considerable, la intensidad de estos síntomas aumenta, la disnea cada vez es mayor, la inspiracion no se hace más que á costa de los mayores esfuerzos y se acompaña

de un ronquido gutural, que puede oírse á distancia; poco á poco se hace tambien penosa la respiracion, la voz se altera cada vez más, se hace entrecortada, anhelosa, y con frecuencia es completa la afonía. A consecuencia de la tumefaccion de la epiglotis, es difícil la deglucion y á veces completamente imposible; toda tentativa de deglucion, aumenta, pues, la ansiedad y puede determinar accesos de sofocacion.

Estos accesos de sofocacion son uno de los elementos más graves y los más peligrosos del edema de las eminencias aritenoides; lo que les caracteriza es, que la dificultad respiratoria crece respectivamente y llega desde un principio á la ortopnea, el paciente no puede introducir el aire á través del orificio glótico, y se siente ahogarse; la supresion casi completa de la hematosis produce la lividez de la cara, el enfermo se rinde en esfuerzos inútiles, la asfixia se confirma y la muerte tiene lugar en el coma.

En el edema agudo de la glotis, si los síntomas no revisten desde el principio el carácter agudísimo, se llega con bastante frecuencia, por una medicacion activa, á alejar la vuelta de los accesos de sofocacion y á obtener una curacion bastante rápida.

Tratamiento.—En los casos francamente inflamatorios, es preciso acudir como tratamiento ge-

neral á los antiflogísticos: sanguijuelas y sangrías, y á los revulsivos en los miembros inferiores; pero el tratamiento local deberá, al mismo tiempo, ser vigilado de una manera particular. Al principio, y sobre todo cuando los accesos de sofocacion se repiten con frecuencia, es preciso hacer aplicaciones de glicerina morfinada, en disolucion muy concentrada, al 15 ó al 10; se consigue con esto, por aplicaciones frecuentes, disminuir el espasmo de la glotis y hacer más raros los accesos de sofocacion. Algo despues, y aún algunas veces al mismo tiempo que las aplicaciones de glicerina morfinada, se hace uso de toques en las partes edematosas, ya con una disolucion concentrada de sulfato de alúmina ó ya con un glicerolado de tanino, y aún en algunos casos con una solucion bastante concentrada de ácido crómico; pero es preciso con este último medicamento irse con prudencia, porque recuerdo haber visto sobrevenir una crisis de sofocacion violentísima, á consecuencia de una aplicacion sobre las eminencias aritenoides de una solucion de ácido crómico al 8. Aconsejo, pues, no principiar las cauterizaciones con el ácido crómico más que con disoluciones al 25 ó al 20, y no aumentar la dosis sinó progresivamente, teniendo cuidado de no pasar de la disolucion al 10, sinó en casos muy excepcionales. Si la asfixia es inminente, se recurre á la traqueotomía. Describiremos esta ope-

racion cuando nos ocupemos de los tumores de la laringe.

6.º—*Laringitis inflamatoria.*

Se presenta esta inflamacion como las que precedentemente acabamos de estudiar, por la impresion del frio ó por la accion directa de un cuerpo irritante; reconoce igualmente por causas especiales los esfuerzos bruscos de la voz, los gritos prolongados; y puede además ser determinada por la tos pertinaz de la *bronquitis aguda*.

Algunos niños tienen una predisposicion especial para esta enfermedad, y siempre que sufren una bronquitis toma la tos, desde los primeros dias, los caractéres de la tos crupal, en razon de la inflamacion y de la tumefaccion de las cuerdas vocales. Este síntoma alarma mucho á los padres. Es muy importante que el Médico, despues de un exámen muy detenido del enfermito, precise su diagnóstico, á fin de poderles tranquilizar cuando se encuentra en presencia de una de estas idiosincrasias.

En estos casos la laringitis tiene generalmente una duracion bastante rápida, y de ordinario, al segundo ó tercer dia de la bronquitis, la tos recobra su timbre normal.

En la laringitis inflamatoria aguda pocas ve-

ces ha podido hacerse exámen laringoscópico. Cuando esta exploracion ha sido posible, se ha visto rubicundez generalizada y tumefaccion de las bandas ventriculares de las cuerdas vocales y de las eminencias aritenoides; cuando la inflamacion era muy viva se observó una ligera escoriacion debida á la descamacion epitelial.

En algunos casos se ha encontrado la rubicundez más viva y la inflamacion localizada hasta cierto punto á la comisura posterior y en la parte subglótica de la laringe, y se ha notado que esta localizacion del estado inflamatorio iba acompañada de una tos mucho más pertinaz y casi incesante.

Esta advertencia os permitirá en los enfermos que tienen esta tos por accesos, presumir, antes del exámen laringoscópico, que se trata de esta localizacion especial.

Los síntomas de esta enfermedad son: sequedad de la garganta con picor, sensacion de quemadura y sed bastante viva; segun el sitio de la inflamacion la voz estará más ó menos cambiada y la tos será más ó menos frecuente. Cuando la laringitis no está acompañada de bronquitis, la reaccion febril es poco intensa.

La duracion de la laringitis francamente aguda es por término medio de cinco á ocho dias, pero con frecuencia persiste despues, y á veces durante

mucho tiempo, la asinergia de las cuerdas vocales, que es debida á la irritacion de las asas nerviosas terminales en la papila inflamada. Cuando esta complicacion tiene lugar, la voz del enfermo conserva un timbre velado y algo ronco hasta la perfecta curacion de la asinergia vocal; si esta asinergia es poco pronunciada, no presenta ninguna dificultad en el ejercicio ordinario de la voz para las necesidades de la conversacion; pero si el enfermo es orador ó cantante, tiene dificultad en producir las diversas modulaciones de la voz, y muy rápidamente sufre una fatiga del aparato vocal que le imposibilita de dar bien las notas.

Volveremos á ocuparnos de esto cuando estudiemos la angina de los oradores y cantantes.

Tratamiento.—Al principio hay que dar bebidas calientes y hacer inhalaciones de vapores, y pulverizaciones de líquidos emolientes. En los casos de laringitis los gargarismos son completamente inútiles, puesto que su accion no alcanza más allá de la parte más superior de la laringe.

Es preciso al mismo tiempo tocar las partes enfermas con una disolucion de glicerina morfinada, al 20; si esta maniobra no es posible, es necesario recurrir á las pulverizaciones calientes hechas con el siguiente líquido:

Hidroclorato de morfina. . .	0 gr. 20
Glicerina.	40 gr.
Alcoholaturo de acónito. . .	10 gr.
Agua.	80 gr.

Una cucharada ordinaria para cada pulverización.

Al mismo tiempo se hará tomar al enfermo una pocion calmante, mantener la habitacion á una temperatura bastante elevada y recomendarle evite, cuanto posible sea, el hablar. Las inhalaciones calientes serán muy útiles durante los dos primeros dias. Cuando sobreviene la complicacion de la asinergia de las cuerdas vocales, habrá que recurrir á las corrientes inducidas, aplicadas durante tres ó cuatro minutos, con un polo delante de la laringe y el otro detrás de una de las orejas. El tratamiento local consistirá en pulverizaciones calientes con la fórmula que hemos indicado, y en aplicaciones directas sobre las cuerdas vocales de glicerina morfinada al 20. Si se trata de individuos nerviosos, será muy útil administrarles al interior de dos á cuatro gramos de bromuro de potasio cada dia. Es indispensable recomendarles al mismo tiempo, eviten todo ejercicio prolongado de la voz.

7.º—*Laringitis estridulosa.*

Un niño de seis á diez años, atacado hace un dia

ó dos de una bronquitis aguda ó de una ligera laringitis, se ha dormido tan tranquilamente como de ordinario; de repente, hácia media noche, despierta con una sensacion de sofocacion inminente; se incorpora en su cuna y parece quiere huir de un peligro que le amenaza; la disnea es considerable; las inspiraciones rápidas, incompletas; la respiracion es ruidosa y acompañada á cada inspiracion de un silbido prolongado; la tos es ronca y con frecuencia aguda (tos estridulosa); la voz es ronca, lastimera; el enfermito, en una agitacion extrema, puede presentar síntomas convulsivos y con frecuencia se vé sobrevenir la congestion y turgencia de la cara, que son los signos del principio de la asfixia.

Los padres, desolados, le creen atacado bruscamente del *crup*, pero podeis con certeza calmarles, porque solo se trata de un ataque de laringitis estridulosa. En efecto, algun tiempo despues el acceso disminuye poco á poco de intensidad, y aún algunas veces termina tan bruscamente como principió; todo se calma, y lo más frecuentemente el niño vuelve á coger su interrumpido sueño, y acaba la noche en la mayor tranquilidad.

El tratamiento de esta afeccion nada de particular presenta; es conveniente, sin embargo, aplicar sinapismos á las piernas y hacer reitera-

das aplicaciones en la parte anterior del cuello, de una esponja empapada en agua caliente, así como hacer inhalaciones de vapor de agua.

Cuando la duracion del acceso se prolonga, hay que acudir á un vomitivo.

Anginas inflamatorias crónicas.

Despues de uno ó varios accesos de angina inflamatoria aguda suele quedar en algunos enfermos una inflamacion sub-aguda, ó crónica de las diferentes partes del aparato vocal; mas en razon del gran número de glándulas que se hallan en toda esta region, esta inflamacion crónica se localiza muy particularmente en el sistema glandular, tomando entonces la afeccion la forma de angina catarral crónica; por esta razon, reservamos su estudio para el capítulo en que trataremos de la angina catarral crónica.

Haré, sin embargo, una excepcion para la amigdalitis crónica, que presenta un curso algo especial, tanto por su localizacion perfectamente limitada, cuanto porque la hipertrofia, á menudo muy considerable, le dá una fisonomía particular.

Amigdalitis crónica é Hipertrofia de las amígdalas.

En el estudio de las diferentes variedades de la amigdalitis aguda, hemos visto que con frecuen-

cia la resolucion no se verificaba sinó de una manera muy imperfecta; á esta causa de amigdalitis crónica puede unirse la que resulta de un volúmen congénito exagerado de las amígdalas, volúmen que no es exclusivo, como se ha creído mucho tiempo, del temperamento escrofuloso. Por esta doble causa podemos encontrar, en un gran número de personas jóvenes, amígdalas muy voluminosas, con mucha tendencia á sufrir frecuentes amigdalitis sub-agudas, que, dejando nuevas señales de su paso, determinan en algunos individuos un volúmen á veces muy considerable de las amígdalas. Además, este estado inflamatorio casi continuo de la amígdala, determina con frecuencia en las partes que la rodean una inflamacion de vecindad, cuya propagacion á la laringe y al orificio de la trompa de Eustaquio puede ocasionar desórdenes funcionales de bastante consideracion, como la sordera, en algunos casos de propagacion á la trompa.

Estas consideraciones, han obligado á un gran número de Médicos á ver la manera de combatir esta amigdalitis crónica é hipertrofia de las amígdalas por tratamientos médicos y por medios quirúrgicos.

Se ha recurrido, como tratamiento médico, á las aplicaciones directas de sustancias más ó menos cáusticas. La medicacion empleada durante

mucho tiempo consistia en hacer cauterizaciones con alumbre, ya en polvo, ya mezclado con miel; algunos resultados ventajosos se han obtenido, pero no son bastantes para que confiemos en este medio.

El iodo metálico en disolucion concentrada, ha dado á Isambert resultados más favorables; hé aquí la fórmula de que hacia uso:

Iodo metálico.	0 gr. 50
Ioduro de potasio.	1 gr.
Glicerina.	10 gr. .

Para embrocacion en las amígdalas.

Este tratamiento requiere ser continuado por mucho tiempo y con mucha regularidad, y los enfermos tienen raras veces la constancia de continuarle el tiempo necesario. Con objeto de activar la curacion, hago que el mismo enfermo se toque sus amígdalas mañana y tarde con una tintura concentrada de una planta del Brasil, la *Tayuya*, y dos veces por semana practico una cauterizacion con una disolucion de iodo metálico al 10 ó al 15, segun los casos. Bajo la influencia de esta doble medicacion, obtengo resultados mucho más rápidos. Cuando por este tratamiento el alivio es demasiado lento, reemplazo una de las cauterizaciones semanales con el iodo metálico, por una

cauterizacion con una punta fina de un galvanocauterio al rojo blanco. Esta cauterizacion no es dolorosa, y los enfermos la soportan muy fácilmente (1). En los casos, bastante raros, en que este tratamiento no dá resultados satisfactorios, ó cuando el enfermo no tiene la suficiente paciencia para someterse el tiempo necesario, acudo á la cirugía operatoria y practico la ablacion de las amígdalas. Para esta operacion, me sirvo del amigdalotomo perfeccionado de Aubry, con lámina de bisturí curvo para seccionar la amígdala; este instrumento la corta con mucha más facilidad que el antiguo aparato de anillo cortante, y por consecuencia, hace la operacion mucho ménos dolorosa. (2)

(1) En estos casos he practicado en repetidas ocasiones una cauterizacion á la amígdala cada seis ú ocho dias, segun el tiempo que tardara en caer la escara, con la aguja de Krishaber aplicada al mango del termo-cauterio y puesta al rojo vivo: la que aplico simultáneamente en diversos puntos de la amígdala, en la misma sesion. Los enfermos no se quejan absolutamente nada, pasada la primera impresion de terror que la vista del cauterio les produce, y prefieren, con mucho, estas cauterizaciones á los toques con la disolucion de iodo. He conseguido con este procedimiento muy buenos resultados en hipertrofias muy considerables de las amígdalas, que se resistian á todos los medios.—(N. del T.)

(2) Para evitar la hemorragia me he servido en algunos casos, con un resultado admirable, del galvanocauterio, usando el hilo de platino que estrangula, secciona y cauteriza á la vez. La seccion es perfectamente limpia y no hay hemorragia alguna. El dolor es muy tolerable.—(N. del T.)



MANUAL OPERATORIO:

- 1.º Meter dos dedos en los anillos *D*.
- 2.º El pulgar en el anillo oval *E*.
- 3.º Meter la amígdala en la ventana *A* del instrumento.
- 4.º Aproximar los dedos de los anillos *D* al del anillo *E*, y la especie de tenedor con dos puntas de lanza fija la amígdala, que no puede ya salir.
- 5.º El gancho que se desliza sobre una ranura practicada en el cuerpo del instrumento, se levanta cuando ya no se puede deslizar más, y estira más ó ménos la amígdala, según se ha elevado más ó ménos el tornillo *B*.
- 6.º Sujeta la amígdala, la lámina cortante parte y corta sin ningun esfuerzo, describiendo el arco de círculo que se indica por el punteado *C*.

Despues de esta operacion, se tiene cuidado de que el enfermo se gargarice con cocimientos emolientes y mucilaginosos, y de no permitirle otro alimento en algunos dias que caldos y sopa.



Después de esta operación, se tiran los cables de
que el sistema se compone con los cables de
las partes y, finalmente, y de un extremo a otro
alcanza en algunos días que cables a cada

IV

PRIMERA PARTE



El segundo grupo de las partes que se han
de considerar:

Las partes que se han

de considerar en un

grupo especial de ellas.

En el primer grupo de las partes y de
las partes que se han de considerar en un
grupo especial de ellas, se han de considerar
las partes que se han de considerar en un
grupo especial de ellas.

En el segundo grupo de las partes y de
las partes que se han de considerar en un
grupo especial de ellas, se han de considerar
las partes que se han de considerar en un
grupo especial de ellas.

IV.

PRIMERA CLASE.

Segundo grupo.

El segundo grupo de la primera clase de anginas, comprende:

- 1.º La angina catarral aguda.
- 2.º Las anginas catarrales crónicas.

1.º—*Angina catarral aguda.*

A causa del gran número de glándulas y foliculos repartidos en las diferentes regiones del aparato vocal, la angina de forma catarral es, con mucho, la afeccion aguda más frecuente.

El estudio anatómico de la mucosa de esta region, y de la disposicion topográfica de las glándulas nos permitirá, á pesar del carácter de generalizacion particular de las afecciones catarra-

les, saber cuáles sean los puntos más invadidos por la inflamacion.

El exámen de la cámara posterior de la boca nos hace ver una rubicundez viva con tumefaccion marcada, principalmente en los puntos en que la mucosa está sobre un tejido celular flojo, la úbula, las amígdalas y los pilares. Desde el principio de la afeccion puede comprobarse la apariencia seca y brillante de la mucosa; pero este período tiene una existencia muy efímera, y muy luego, por el contrario, el aspecto de la mucosa es desigual, granuloso, dependiendo del abultamiento glandular: su superficie se recubre de una secrecion, en un principio mucosa é incolora, pero que muy luego se hace blanquecina ó blanco-amarillenta, y á causa de su viscosidad queda adherida á la cara posterior de la faringe y á las amígdalas. Al mismo tiempo que la úbula se espesa, se alarga tambien y puede, en ciertos casos, llegar á tocar la cara superior de la lengua; el aspecto granuloso, debido al relieve de las glándulas, aumenta de volúmen, se hace más apreciable, pero sobre todo se pronuncia en las partes superiores y laterales de la cara posterior de la faringe, así como al rededor de los pilares posteriores; en el velo del paladar este aspecto granuloso es mucho ménos pronunciado, es solo desigual, acompañado de rubicundez muy viva, que se continúa frecuentemente con rubicundez bastante intensa de los pilares anteriores.

Con el laringoscopio se puede ver un tinte rosado y de finas arborizaciones de las cuerdas vocales; pero la adherencia de la mucosa al tejido fibroso subyacente, no permite más que un ligero aumento de espesor de la cuerda vocal en totalidad; sin embargo, al nivel del rosario de glándulas que limita las bandas de epitelio pavimentoso de su borde libre, se vé el relieve de estas glándulas aumentadas de volúmen por proliferacion de los elementos epiteliales contenidos en sus fondos de saco, y por la produccion de glóbulos de pús. En algunos casos, cuando la inflamacion catarral es muy viva, puede percibirse en el orificio del conducto escretor de las glándulas una descamacion superficial, pero que no llega á las capas dérmicas, sinó en casos muy excepcionales y de una duracion muy larga. Cuando el exámen laringoscópico nos revele la existencia de una ulceracion más profunda, es preciso desechar la idea de una angina catarral aguda, franca, y pensar que se trata de una exacerbacion aguda en un individuo que sufría anteriormente angina crónica.

La descripcion que acabo de hacer del estado de las glándulas de las cuerdas vocales en la angina catarral, se aplica igualmente á todas las demás glándulas del aparato vocal, y la evolucion de los diferentes períodos de su inflamacion nos suministrará en todos los puntos las mismas consideraciones para el diagnóstico diferencial.

Las bandas ventriculares, las eminencias aritenóides y la comisura posterior en que la mucosa está unida por un tejido muy flojo, presentan ordinariamente una tumefacción mucho más considerable, y sobre estas partes el relieve de las glándulas es entonces mucho menos marcado y la rubicundez más viva. En la comisura posterior, cuando las cuerdas vocales están medio separadas, puede verse un pliegue de la mucosa edematosa que pudiera hacer creer en el aspecto velvético; pero un exámen más atento en las diversas posiciones de las cuerdas vocales, permitirá conocer el error fácilmente. La epiglotis es igualmente el sitio de una tumefacción y rubicundez bastante viva; su cara posterior toma un aspecto arrugado, y fácilmente se puede comprobar la presencia de glándulas más salientes y de una rubicundez más pronunciada ordinariamente, que en ninguna otra parte del aparato vocal.

La voz es ronca, desigual, y se produce de repente un sonido falso durante la emisión de una nota; el timbre de la voz es más grave y los sonidos agudos son difíciles, y con frecuencia imposibles de producir, lo que depende de la presencia de mucosidades y de la tumefacción de las cuerdas vocales. Poco á poco el dolor es menos vivo; pero la impresión del frío despierta la sensación de picor y cosquilleo en la laringe y determina accesos de tos; la expectoración, mucosa al

principio, se hace luego más espesa y más abundante.

Con frecuencia se vé sobrevenir, como en la laringitis, la asinergia de las cuerdas vocales, que puede á veces persistir varias semanas; aparte de esta posible complicacion, la evolucion de la angina catarral aguda es bastante rápida y no pasa de ocho á diez dias.

Tratamiento.—Al principio suele detener la evolucion de la enfermedad un baño de vapor; pero es preciso que se dé inmediatamente de la aparicion de los primeros síntomas. Durante los primeros dias, hay que recurrir á las bebidas y gargarismos emolientes, y á las fumigaciones y pulverizaciones de líquidos mucilaginosos y ligeramente opiáceos: se aconsejan las pastas pectorales, el jarabe de jaramago, y sobre todo, el alcoholaturo de acónito á la dosis de tres ó cuatro gramos en las veinticuatro horas. Cuando hay estado saburral, no se debe tardar en ordenar un vomitivo al principio, y despues laxantes, y sobre todo es preciso tener al enfermo en una habitacion á la temperatura de 15 á 18 grados, y evitar cuidadosamente el contacto del aire frio. Si la afeccion se generaliza é invade la mucosa bronquial, las aplicaciones de tintura de iodo y de aceite de croton son á menudo indispensables.



2.º—*Angina catarral crónica.*

Esta afeccion sucede de ordinario á la angina catarral aguda; pero en un gran número de casos, los ataques de accidentes agudos son siempre poco marcados, y acompañados además de poca reaccion febril, pasan desapercibidos, y la afeccion crónica parece entonces establecerse primitivamente.

Todas las causas que son susceptibles de ocasionar una irritacion repetida con frecuencia, ó que exigen un exceso de funcion de una parte del aparato vocal, pueden predisponer á esta enfermedad, y en razon de la accion diferente de estas causas, veremos á la angina catarral crónica revestir un carácter especial y presentar una localizacion diferente.

Esta particularidad nos permitirá reconocer diferentes variedades de la angina crónica, y podremos adoptar la clasificacion siguiente:

- 1.º Angina de los cantantes.
- 2.º Angina de los oradores.
- 3.º Angina de los fumadores.
- 4.º Angina por los alcohólicos.
- 5.º Angina de los cocheros.
- 6.º Angina por venenos.
- 7.º Angina por vapores irritantes, etc.

Estas diferentes variedades nos presentan cier-

to número de lesiones comunes, que estudiaremos sin necesidad de capítulo especial para cada una de ellas, y en seguida podremos describir mucho más fácilmente, y en breves palabras, la fisonomía especial que cada una de estas causas dá á la angina catarral crónica en cada caso particular.

Durante mucho tiempo, la angina catarral crónica ha sido descrita por los autores bajo el nombre de angina glandular ó granulosa. (Guénau-de-Mussy, Bouland, Turck, Peter y Krishaber, Mandl, etc.) Pero estos autores comprendian en la angina glandular de ellos diferentes variedades de anginas diatésicas, que tambien están caracterizadas por la presencia de granulaciones más ó menos numerosas y de mayor ó menor volumen; así, pues, en razon de esta confusion, hemos creido deber eliminar de nuestro cuadro la angina glandular y llevar el estudio de ella, parte á la angina catarral y parte á las anginas crónicas, ligadas á enfermedades generales crónicas.

Exámen laringoscópico.—En la angina catarral crónica, los puntos enfermos son mucho más localizados que en la forma aguda; pero no están localizados en un punto casi único del aparato vocal, como hemos podido comprobarlo para las anginas inflamatorias.

En la inmensa mayoría de los casos, la cara

posterior de la faringe está lesionada, y se puede entonces descubrir en ella los caracteres siguientes: eminencias redondeadas, formadas por los foliculos y glándulas hipertrofiadas, más ó menos voluminosas y dispuestas ya en forma de rosario, ya en grupos, ya en foliculos aislados. Bajo la influencia de una irritacion un poco más viva, estas glándulas pueden inflamarse y dar lugar á una supuracion del aparato glandular, produciéndose entonces un fenómeno algo análogo á la pústula de acné de la piel. En estos casos de supuracion de las glándulas, la inflamacion queda localizada y la erosion ó ulceracion no invade las partes interglandulares de la mucosa.

El borde de la epiglotis toma un aspecto desigual y abollado, y la cara posterior una coloracion más oscura y aspecto granuloso, que depende de la hipertrofia de las glándulas. En la parte más inferior de esta cara, las glándulas se hacen con frecuencia algo más voluminosas y son más confluentes.

Las bandas ventriculares, cuyo tejido sub-mucoso es muy flojo, adquieren en algunos casos un volúmen bastante considerable para cubrir las cuerdas vocales inferiores y dificultar sus vibraciones.

Las eminencias aritenóides raras veces se hacen muy voluminosas; lo más frecuente solo se observa un ligero edema de la parte superior, y sobre

todo de la parte anterior, que constituye la comisura posterior; sin embargo, en ciertos casos, este edema de la comisura posterior puede ser bastante considerable para impedir por sus pliegues la aproximacion de la parte posterior de las cuerdas vocales. Todas las partes edematosas presentan al mismo tiempo una rubicundez bastante viva, menos marcada, sin embargo, en la comisura posterior que en los demás puntos de la laringe.

Las cuerdas vocales, bajo la influencia de la angina catarral crónica, toman un tinte rosáceo. En ciertos puntos se puede comprobar la presencia de un pequeño nódulo con raicillas ó arborizaciones finas que se extienden en todas direcciones; su aspecto recuerda perfectamente las nudosidades de la conjuntiva pustulosa ó un osteoplasto visto al microscopio. Raras veces el tinte rosáceo está limitado á una sola cuerda, pero á menudo esta inflamacion está limitada á las dos extremidades de las cuerdas vocales, es decir, á las partes vecinas de las comisuras anterior y posterior: esta localizacion nos la explica el estudio anatómico, que nos enseña que las partes próximas á las comisuras contienen glándulas mucho más numerosas y de mayor volúmen. Bajo la influencia de la inflamacion se produce una descamacion de las cuerdas vocales, que las dá un aspecto rugoso deslustrado; pero esta descamacion es superficial, y

el aumento de espesor de las cuerdas vocales es muy poco marcado, y sensible solamente en los puntos que corresponden á las nudosidades glandulares.

El exámen que acabamos de hacer de las lesiones de cada una de las partes del aparato vocal, nos muestra la reunion de lesiones que pueden encontrarse en las diversas variedades de anginas catarrales crónicas; pero cada variedad presenta una localizacion especial y un carácter particular, cuyo aspecto general es importante hacerlos conocer; este estudio será para nosotros un elemento de diagnóstico muy precioso para formular un tratamiento eficaz.

En la angina alcohólica las lesiones se encuentran localizadas á la region faríngea, y caracterizadas por una rubicundez viva de las glándulas, recorren la mucosa vasos dilatados que presentan una coloracion lívida ó violácea.

En ciertos casos, Isambert ha encontrado esta mucosa á la vez seca y desigual, y de un aspecto que recordaba perfectamente el de la vaginitis granulosa, y atribuyó esta última forma al abuso del alcohol y de los licores fuertes, mientras que la primera seria el resultado del alcoholismo por el vino. En estas dos variedades he comprobado con frecuencia el mismo estado en las eminencias aritenóides y en el borde de la epiglotis, pero á

menos de complicaciones, no existe ninguna lesion de las cuerdas vocales.

En la angina de los fumadores, existe más viva rubicundez de toda la faringe, siendo ordinariamente más marcada en la úbula y pilares, seca la garganta y aspecto reluciente en todo su fondo. Para confirmar este diagnóstico, es conveniente comprobar la presencia de las placas blanquecinas en las comisuras labiales, así como la estomatitis, que con frecuencia la acompaña. El fumador que tiene la costumbre de aspirar el humo, presenta además una irritacion análoga de la epiglotis y de las cuerdas vocales, ocasionada por el contacto de los vapores irritantes del tabaco.

En las anginas especiales de los oradores y cantantes, encontramos, por el contrario, pocas lesiones en la faringe, mientras que las cuerdas vocales y las eminencias aritenóides son el sitio de granulaciones bastante aparentes y de una rubicundez muy intensa, pero de ordinario de un tinte á veces ligeramente rosáceo; son manifiestas las granulaciones, sobre todo en la proximidad de la comisura posterior, y cuando son muy numerosas pueden acompañarse de un ligero espesor de las cuerdas vocales. Este engrosamiento está limitado al borde libre de las cuerdas, y no puede confundirse con la forma redondeada que estas toman en ciertas anginas diatésicas.

La angina de los cantantes no difiere de la de

los oradores; sin embargo, me ha parecido en algunos casos que en los cantantes las lesiones parecían localizarse más especialmente en la proximidad de la extremidad posterior de las cuerdas vocales.

Como las causas que determinan la angina de los cocheros son múltiples, podremos comprobar en ellos mayor generalización y una mezcla de lesiones que hemos enumerado en los bebedores, en los fumadores y en los individuos que hacen ejercicio forzado de la palabra; además, expuestos siempre á la intemperie, padecen con mucha frecuencia ataques de anginas catarrales agudas.

Diversos medicamentos ó venenos pueden determinar una angina, sea por su contacto directo ó por su absorcion ó eliminacion; este estudio pudiera presentar mucho interés, pero exigiria ciertas experiencias que aún no se han hecho.

Sintomas. Acusa el enfermo la garganta seca, y cuando la parte superior de la faringe está afectada hace frecuentes movimientos de deglucion, como si tuviera un cuerpo extraño colocado en esta region. En la angina de los bebedores se percibe claramente una alteracion de la voz muy particular, que se llama vulgarmente voz *aguardentosa*. En la angina por abuso de hablar ó de cantar, se comprueba desde luego menos blandura y flexibilidad de la voz; las inflexiones y modula-

ciones ligeras se hacen desde el principio con menos facilidad, despues se hacen dificiles de emitir las notas elevadas; la voz se fatiga rápidamente, se hace desigual, y en el medio ó al fin de un discurso, se produce una nota falsa ó una mala emision de la voz. Para evitar este inconveniente, siente el enfermo la necesidad de hacer *hem* antes de comenzar una frase; bajo la influencia de la contraccion espasmódica que determina el sonido *hem*, las mucosidades más ó menos viscosas que tapizan el borde de las cuerdas vocales se desprenden y la voz recobra su mejor timbre. Varias veces el exámen de las cuerdas vocales del cantante, que padece angina catarral crónica, me ha permitido comprobar este fenómeno y la presencia de estas mucosidades sobre el borde libre de las cuerdas.

Diagnóstico.—Hay que tener cuidado de eliminar, desde luego, todas las anginas crónicas unidas á un estado diatéxico.

Pero no es bastante hacer el diagnóstico de angina catarral crónica, sinó que es preciso darle su característica y saber con exactitud á qué causa obedece su aparicion, porque es una cuestion capital para el tratamiento y la higiene del enfermo. Es necesario interrogar con mucho cuidado á los enfermos, y no olvidar que la confesion de ciertos

vicios les es, á la mayor parte, ordinariamente muy penoso.

Tratamiento.—En primer lugar hay que ocuparse de la higiene del enfermo, buscar y separar todas las causas determinantes, aconsejar se tome todo género de precauciones contra los enfriamientos y el aire frío y húmedo; se evite todo esfuerzo en el uso de la palabra; se renuncie, en cuanto posible sea, á fumar, si es fumador el enfermo, y al uso de licores fuertes. Estas recomendaciones son muy frecuentemente la parte espinosa del tratamiento, y nunca, por mucho que sobre su extricta observacion se insista, será demasiado, porque, tan luego como bajo la influencia de un tratamiento apropiado el enfermo se siente mejor, créese completamente curado y poco á poco vuelve á sus antiguos hábitos.

El mejor tratamiento local, consiste en tocar directamente la faringe y laringe con el portacáustico impregnado de las siguientes disoluciones:

Cuando se trata un caso bastante intenso de angina de los bebedores, es preciso acudir á una fuerte disolucion iodada:

Iodo metálico.	0 gr. 20 á 0 gr. 50.
Ioduro de potasio.	1 gr.
Glicerina.	30 gr.
Agua destilada.	8 gr.

O bien á una disolucion de sulfato de cobre al 1 por 50.

Si la afeccion es menos intensa, ó se extiende á las partes superiores de la laringe, hago uso de la disolucion de nitrato de plata al 1/50 ó al 1/75.

En la angina de los cantantes y de los oradores empleo ordinariamente la siguiente disolucion:

Cloruro de zinc.	0 gr.	50.
Agua destilada.	75 gr. ó	50 gr.

Tiene esta disolucion la ventaja sobre la de nitrato de plata de no ejercer su accion más que sobre los puntos en que la mucosa está denudada, lo que tiene una gran importancia cuando se cauterizan órganos tan delicados como las cuerdas vocales.

En los casos bastante frecuentes, en que compruebo algo de asinergia de las cuerdas vocales, con edema algo marcado de su parte posterior, acudo á una disolucion de sulfato de estrignina, y he podido comprobar muchas veces un alivio muy rápido de la voz poco tiempo despues de esta aplicacion. Varío la fórmula segun los casos; pero he aquí la que uso con más frecuencia:

Sulfato de estrignina.	0 gr.	20.
Glicerina.	20 gr.	
Agua destilada.	10 gr.	
Alcoholaturo de acónito.. . . .	5 gr.	

Como complemento de este tratamiento con el porta-caústico, hago uso de un gargarismo iodado mezclando mi disolución iodada con tres veces tanta agua; y algunas veces gargarismo de agua de brea, y sobre todo insisto sobre el uso de pulverizaciones calientes con el agua creosotada, conteniendo 0 gr. 10 de creosota para cada pulverización ó también un gramo de cloruro de zinc por

100 á 200 gramos de agua.

El pulverizador que uso ordinariamente, es el del Dr. Bonnefond, que ofrece las recomendables ventajas de funcionar con regularidad y tener un volúmen todo lo reducido posi-



1.^a Aparato cerrado (dispuesto para trasportarse.)

ble; es además nikelado, y por consiguiente no hay temor de que se oxide.

Las figuras del aparato funcionando y cerrado, os permitirán apreciar fácilmente las ventajas de este pulverizador.

Manera de emplearle.—Se llena hasta la mitad la caldera *A*, por la abertura *B*, con agua clara;

se coloca en su sitio el tubo pulverizador *C*, y se sumerge en el vaso *D*, que contiene el líquido medicamentoso que ha de pulverizarse.—Se enciende la lámpara, y esperando algunos minutos, se vé producirse la pulverizacion.—El enfermo se coloca á 10 ó 15 centímetros de la extremidad del tubo, respirando ámpliamente y abriendo la boca sin esfuerzo para recibir la pulverizacion.

La operacion terminada, se apaga la lámpara, se coloca dentro del aparato el tubo, el vaso y su sosten, se cierra la puerta y se vuelca la caldera lo de arriba abajo, y el aparato está así cerrado, como indica la figura 1.^a

Hace varios años que no empleo ningun pulverizador de bomba ó de pera

de caoutchouc, que dan fria la pulverizacion, por-



2.^a Aparato funcionando.

A, caldera; *B*, abertura que tiene una válvula de seguridad que se abre á voluntad; *C*, tubo pulverizador; *D*, vaso que contiene el líquido medicamentoso; *E*, lámpara de alcohol; *F*, puerta; *P*, asas; *S*, sosten movable.

que he tenido ocasion de comprobar varias veces los inconvenientes de una pulverizacion fria, puesta en contacto con la mucosa inflamada de la laringe. Con el pulverizador de vapor es fácil, por el contrario, segun la distancia á que se coloque del tubo pulverizador, graduar por sí mismo el enfermo la temperatura de la pulverizacion, y medir exactamente el grado necesario en cada caso particular.

Las pulverizaciones de aguas sulfurosas dan algunas veces buenos resultados, principalmente cuando el período agudo ha terminado por completo y cuando se han usado ya las pulverizaciones de creosota y de cloruro de zinc. Cuando se hace uso de las aguas sulfurosas con el pulverizador Bonnefond, es conveniente, para activar las propiedades de las mismas, llenar la caldera con agua sulfurosa; se produce entonces un desprendimiento mucho más considerable de vapores sulfurosos.

No hablo de la insuflacion de polvos medicamentosos, sinó como recuerdo histórico; pues hace ya mucho tiempo que mi maestro Isambert ha condenado su uso.

Como tratamiento general, empleo el bromuro de potasio cuando hay hiperestesia ó espasmo del aparato vocal, con frecuencia doy la brea, y mejor el elíxir creosotado, al mismo tiempo que ligeros purgantes y un régimen suave. Cuando observe en los enfermos algun signo de anemia, ins-

tituyo el tratamiento tónico y las preparaciones ferruginosas. Dos clases diferentes de aguas minerales me han sido muy útiles como complemento de este tratamiento: las aguas sulfurosas cuando se trata de un individuo debilitado y linfático, y las aguas de Mont Doré (1), cuando por el contrario se trata de individuos de constitucion ple-tórica.

A todos estos medios añado algunas veces los revulsivos: la tintura de iodo, el aceite de croton y los vejigatorios aplicados ya delante de la laringe, ya en la region esternal.

(1) Son alcalinas, seis manantiales; calientes, de 42.° á 46.° centígrados, y uno fria de 12.° centígrados, llamado *Fuente de Santa Margarita*, que es además algo acidula.
—(N. del T.)

V.

SEGUNDA CLASE.

La segunda clase de las enfermedades del aparato vocal, comprende las anginas secundarias ó localizadas relacionadas con un estado morbooso general. Dividiremos estas anginas en dos grupos, para la facilidad de su estudio. El primero, comprenderá las anginas localizadas, dependientes de enfermedades agudas, y el segundo las anginas localizadas, dependientes de enfermedades crónicas ó diatésicas.

Primer grupo.

Las principales variedades que constituyen este grupo, son las siguientes:

- 1.^a Angina del sarampion.
- 2.^a Angina escarlatinosa.
- 3.^a Angina de la viruela.
- 4.^a Angina erisipelatosa.

- 5.^a Angina herpética.
- 6.^a Angina diftérica.
- 7.^a Angina dotinentérica ó tífica.
- 8.^a Angina del muermo.
- 9.^a Angina del cólera, etc.

1.^a—*Angina del sarampion.*

Esta afeccion tiene la forma y la marcha de las anginas catarrales; se comprueba la sequedad y rubicundez de las diversas partes de la faringe; estando la rubicundez localizada principalmente á la pared posterior de la faringe, y sobre los pilares posteriores, mientras que en los anteriores y velo del paladar está muy poco pronunciada; cuando estudiemos la angina escarlatinosa, veremos que este carácter tiene muy grande importancia para hacer el diagnóstico diferencial de estas dos afecciones.

Desde la parte posterior de la faringe se extiende este exantema en seguida á la mucosa nasal y ocular por una parte, y por otra, á la mucosa laríngea y brónquica. Esta erupcion, que precede á las manifestaciones cutáneas, está caracterizada por manchas desiguales más ó ménos confluentes, presentando en algunos casos eminencias papulosas, sensibles al tacto y perceptibles á simple vista; es sobre todo marcado este carácter en la variedad de sarampion llamado botonoso. Esta erup-

cion se acompaña de malestar, de fiebre, de calor y pastosidad de la boca; no es dolorosa, pero ocasiona casi siempre un cosquilleo y picor que determinan ya la tos, ó ya estornudo, segun los puntos afectos.

La marcha de la erupcion es bastante rápida y la duracion de la angina sarampiolosa no pasa de algunos dias. No tiene por sí misma gravedad alguna; pero en algunos casos, de propagacion hácia el oido por la trompa de Eustaquio, puede hacerse punto de partida de una perforacion de la membrana del tambor y ocasionar la sordera (1); por otra parte, las complicaciones laríngeas y á menudo brónquicas del sarampion adquieren en ciertos casos una intensidad mayor, y pueden hacerse entonces punto de partida de afecciones crónicas de las vías respiratorias.

El tratamiento de la angina sarampiolosa consistirá principalmente en gargarismos y enjuagatorios emolientes; cuando predomine el coriza se

(1) El mecanismo de estas lesiones, en este caso, es produciéndose una otitis media aguda, por propagacion al oido medio, por las trompas de Eustaquio, del enantema, la que cuando termina por supuracion necrosa por distension y por la accion del pús, la membrana timpánica, produciéndose su perforacion, cuando nó el esfacelo de casi todo ella y áun desprendimiento del martillo y yunque: á veces tambien sobreviene meningitis ó encefalitis por la comunicacion vascular del oido medio con estos órganos á través de la sutura petro-escamosa, comunicacion constante en los niños.—(N. del T.)

acude principalmente á las fumigaciones húmedas con cocimiento de malvabisco, y si la picazon es muy fuerte, es preciso añadir los opiáceos á los gargarismos y en aplicaciones bajo la forma de colutorios.

2.º—*Angina escarlatinosa.*

Al desarrollo de la angina escarlatinosa acompaña una reaccion febril bastante marcada: la rubicundez es viva, aparece primero en el velo del paladar y los pilares anteriores. Esta localizacion es característica, y puede servir de elemento muy importante para el diagnóstico diferencial con la angina del sarampion. La rubicundez se hace más intensa, escarlata, y la mucosa se espesa; este período tiene una duracion de dos ó tres dias. Cuando la angina es benigna estos caractéres desaparecen poco á poco, y en cuatro ó cinco dias ha desaparecido todo; en casos ménos sencillos la rubicundez se acentúa, el aspecto se hace francamente edematoso y se vé entónces aparecer una erupcion miliar, erupcion que por su secrecion, dá origen al depósito blanquecino descrito en la angina escarlatinosa; este depósito blanquecino se reproduce muy rápidamente despues de las cauterizaciones. En algunos casos más graves se forman ulceraciones, que se cubren de una secrecion pseudo-membranosa, blanca grisácea (exudacion dif-

terídea), que cubre los pilares, la úbula y aún puede invadir toda la faringe.

Segun que el estado general del enfermo es más ó ménos grave, puede esta angina presentarse bajo dos formas:

1.º *Forma benigna.*—Tiene una duracion media de siete á ocho dias, y coincide con el buen estado general del enfermo; las exudaciones en esta forma, son poco espesas; y las ulceraciones, cuando existen, no interesan más que las partes superficiales de la mucosa; la curacion es la regla, y su duracion máxima de doce á catorce dias. Como tratamiento local, se acudirá desde el principio á las lociones mucilaginosas y á las cauterizaciones con una disolucion de nitrato de plata al uno por ciento: los colutorios con el agua de brea ó el agua fénicada, estarán indicados en un período más avanzado.

2.º *Forma séptica.*—Cuando el enfermo que sufre angina escarlatinosa es de constitucion delicada, empobrecida, ó cuando ha sufrido anteriormente la influencia depresiva de otra enfermedad, los accidentes locales toman un carácter más grave, las exudaciones se hacen más espesas, las ulceraciones ganan poco á poco en profundidad y en extension, y sobrevienen hemorragias; estas diversas lesiones van invadiendo partes más ó mé-

nos profundas, las eminencias aritenóides y la epiglotis están desde el principio lesionadas y ocasionan la disfagia; y si las bandas ventriculares están tambien ulceradas, se hace la respiracion cada vez más difícil y anhelosa. Sobrevienen entónces adenitis, que suelen terminar por supuración (bubones escarlatinosos), las ulceraciones toman un aspecto gangrenoso, exhalan un olor fétido característico, el estado general del enfermo se agrava, y adquiere aspecto tifóideo; de aquí el nombre de angina escarlatinosa-tífica dado á esta afeccion.

Las descripciones que nos han dejado los Médicos de la Edad Media, de numerosas epidemias de *mal de garganta* pútrido, maligno, ulceroso, epidémico, pertenecen seguramente, en su mayor parte, á anginas escarlatinosas desconocidas.

El tratamiento de la angina escarlatinosa de forma pútrida, debe ser á la vez local y general. Los tónicos bajo todas sus formas, el extracto de quina, el jugo de carne, constituirán la parte esencial del tratamiento general.

El tratamiento local, consistirá en gargarismos, ó mejor, en inyecciones en la boca con agua de brea; y mejor, segun Laségue, de disoluciones aromáticas y resinosas; entre estas últimas, las que dan resultados más favorables, son el agua

destilada de pino Mugho (1), y principalmente el alcoholaturo del mismo, á la d6sis de quince á veinte gotas por inyeccion. Es muy 6til el empleo de las cauterizaciones, ya con una disolucion de nitrato de plata al uno por cincuenta, 6 ya con la de sulfato de cobre al uno por cincuenta, 6 mejor, con la disolucion normal de percloruro de hierro.

3.º—*Angina variolosa.*

La propagacion de las p6stulas variolosas á la mucosa buco-far6ngea es lo ordinario que sucede; pero, segun los casos, esta erupcion es m6s 6 m6nos confluyente y no tiene sitio fijo. Estas p6stulas no son caracter6sticas como las de la superficie cut6nea, pero como no aparecen sin6 despues de la erupcion cut6nea, su generalizacion permite reconocer la naturaleza de ellas.

La angina variolosa est6 siempre exenta de gravedad; sin embargo, puede algunas veces incomodar mucho al enfermo, por lo que dificulta en ciertos casos la deglucion, dificultad que á veces es considerable, aunque var6a segun la confluencia y el asiento de las p6stulas buco-far6ngeas.

El tratamiento consistir6 principalmente, en

(1) Especie del pino de Europa. Es una variedad del pino vulgar. (*N. del T.*)

gargarismos emolientes y en inyecciones mucilaginosas; no se debe hacer uso de los gargarismos de clorato de potasa, hasta el período de declinacion de la afeccion.

4.^a—*Angina erisipelatosa.*

Esta afeccion es rara durante la primera infancia, y se hace más frecuente en la adolescencia y la edad adulta. Segun que se presente en uno ó en otro de estos dos períodos de la vida, tiene diferente tipo, lo que nos permitirá estudiar separadamente:

1.^o La angina erisipelatosa de la adolescencia, que principia de ordinario despues de una ulceracion escrofulosa, y que tiene el tipo sub-agudo y localizado:

2.^o La angina erisipelatosa de la edad adulta, que presenta el tipo agudo con propagacion ordinaria á la cara y al cuero cabelludo.

1.^o—*Angina erisipelatosa, de tipo sub-agudo.*

La reaccion febril es poco intensa, pero muy variable en los diferentes individuos; se presenta esta angina en los niños que desde algun tiempo padecen, ya un coriza crónico con ulceracion de la mucosa nasal, que es el caso más frecuente, ya una ulceracion de la parte superior de la faringe.

De dicho punto de partida se vé producirse una rubicundez que lentamente gana las partes vecinas, y se dirige tanto hácia el ala de la nariz, de la que nunca pasa, tanto hácia la parte posterior de las fosas nasales, de la faringe y de la bóveda palatina. Está caracterizada esta angina por una rubicundez de bordes poco marcados, teniendo poca disposicion á invadir grandes superficies; vá acompañada de sequedad con aspecto liso, y rara vez determina molestia notable, ni reaccion febril.

Esta variedad de erisipela es muy frecuente, y en ciertos individuos recidiva á intervalos más ó menos largos, y constituye así una angina erisipelatosa de repeticion.

El tratamiento tiene una importancia capital en razon de la ulceracion inicial y del coriza crónico, que es preciso tratar con persistencia para evitar nuevas recidivas: este tratamiento consistirá en inyecciones nasales con el cocimiento de hojas de nogal, inyecciones iodadas, y al mismo tiempo los modificadores generales de la escrófula: me reservo estudiar con más detalles este tratamiento cuando hable de la angina escrofulosa.

2.º—*Angina erisipelatosa de los adultos ó de tipo agudo.*

Tiene un principio brusco y vá acompañada de

reaccion febril violenta con empacho gástrico. A menudo esta angina no es otra cosa que una propagacion de la erisipela de la cara, pero algunas veces principia por las fosas nasales ó la faringe: está caracterizada por una rubicundez viva, separada de la parte sana de la mucosa por un reborde bien marcado, y vá acompañada de tumefaccion de los ganglios sub-maxilares; la presencia de estos ganglios tiene una importancia capital, porque por ella puede hacerse el diagnóstico, aún antes de que aparezca la erupcion.

La angina erisipelatosa aguda tiene una marcha rápida, y no presenta por sí misma gravedad, ni la adquiere sinó cuando es una complicacion de un estado morbososo, general, grave.

El tratamiento local no presenta nada de particular; consiste en aplicaciones emolientes y dulcificadas; el tratamiento general es el mismo que el de la erisipela de la cara y del cuero cabelludo.

5.º—*Angina herpética.*

Cuando hablé de la clasificacion, expliqué las razones que me han determinado á no admitir la variedad de anginas crónicas, calificadas con el nombre de angina dartrosa ó angina herpética; entiéndase, pues, bien, que no quiero hablar aquí sinó de una angina aguda caracterizada por una

erupcion de vesículas de herpes, y no de la angina herpética crónica, cuya existencia niego.

El herpes de la mucosa faríngea, sin tener caracteres tan bien marcados como el herpes de la piel, presenta sin embargo una fisonomía particular, que permite hacer de él un estudio especial; además, su frecuente coincidencia con el *herpes labialis*, viene lo más á menudo á confirmar el diagnóstico en los casos dudosos.

La angina herpética se presenta bajo dos formas:

- 1.º La forma aguda.
- 2.º La forma sub-aguda.

1.º *Forma aguda*.—La angina principia por un aparato febril considerable con escalofrio inicial, laxitud general, lengua seca, fiebre intensa, el pulso lleno, frecuente y resistente; estos diferentes síntomas aparecen casi simultáneamente y desde el primer dia; al dia siguiente sobreviene una cefalalgia intensa con dolores gravativos violentos de la region frontal, cualquier ruido se hace insoportable, el enfermo está soñoliento, pero con un semi-delirio y ensueños que le atormentan. Hay en esta reunion de síntomas una intensidad y una agudeza que son características de la angina herpética, y que deben despertar la atencion de los médicos para dirigir sus investigaciones hácia la garganta. El exámen de esta parte permite entonces comprobar la presencia de una ó

dos vesículas de herpes; pues la erupcion aparece ordinariamente al mismo tiempo que las primeras manifestaciones febriles, y es más ó menos confluyente sin que el número de vesículas esté en relacion con la intensidad de la reaccion febril.

El asiento más frecuente de las vesículas es sobre las amígdalas; vienen despues por orden de frecuencia los pilares y el velo del paladar; es rara su presencia en la faringe. Una sola observacion, publicada por el Dr. Fernet en la *France Médicale*, comprueba la presencia de vesículas de herpes en las eminencias aritenóides; pero ordinariamente el exámen laringoscópico es imposible, visto el estado febril del enfermo.

Las vesículas de la angina herpética tienen una forma redondeada, son transparentes ó lactescentes y ligeramente irregulares en sus bordes; algunas veces se pueden ver varios brotes sucesivos. La duracion de cada vesícula es de cuatro á cinco dias; despues se rompe, pero sin dejar costras como en el lábio, y sólo una ulceracion superficial.

En algunos casos, estas ulceraciones dan origen á una exudacion pseudo-membranosa, que se llama vulgarmente angina lardácea comun, y que con frecuencia ha sido confundida con la angina diftérica, y como tal, tratada siempre con buen resultado: esta angina lardácea comun no presenta, en efecto, ninguna gravedad, y no es más que

una ligera complicacion de la angina herpética. Estas exudaciones no pasan de medio á un centímetro de dimension, son poco adherentes, y cuando se las levanta, no se produce ningun derrame sanguíneo, y se puede con frecuencia comprobar debajo la presencia de las vesículas de herpes. La duracion de esta angina es corta, cuatro ó cinco dias el máximun; pero la convalecencia es de ordinario larga.

2.º *Forma sub-aguda.*—La descripcion que acabo de hacer de la forma aguda puede aplicarse á la sub-aguda, excepto en un punto: la ausencia de síntomas generales y de reaccion febril; su duracion es igualmente de cinco á ocho dias.

La causa más frecuente de la angina herpética es un enfriamiento brusco, se presenta principalmente en primavera, y algunas veces bajo la forma epidémica. Numerosos autores la consideran como una fiebre eruptiva; pero esta opinion, aunque presenta bastantes probabilidades, aún no ha sido confirmada.

Tratamiento.—Hay que guardarse de emplear tratamientos violentos, á los que se ha acudido con demasiada frecuencia, creyendo se trataba de angina diftérica. Las cauterizaciones con el nitrato de plata deben proscribirse, porque no hacen otra cosa que aumentar el estado flegmático de las partes enfermas, y añadir nuevos é inútiles do-

lores á los enfermos. Como tratamiento local, hay que acudir á los gargarismos acidulados con un poco de jugo de limon y á los gargarismos emolientes.

Contra el estado general un vomitivo está con frecuencia indicado, pero las sangrías generales y locales, de las que durante mucho tiempo se ha abusado, no están indicadas sinó en muy raros casos.

6.º—*Angina diftérica.*

Los límites de este *Manual* no me permiten hacer un estudio detallado de esta afeccion, sobre la que se ha escrito un gran número de monografías; me limitaré, pues, á enumerar sus caractéres principales, así como su marcha y evolucion sobre las diferentes partes del aparato vocal, á lo que añadiré las conclusiones terapéuticas y operatorias que podrán guiarnos para el tratamiento de esta terrible enfermedad, que mata todos los años un número tan grande de niños, y que parece hacerse endémica en ciertas comarcas.

La angina diftérica se nos presenta bajo dos formas bien diferentes, respecto á su gravedad, mas una y otra están caracterizadas anatómicamente por la misma lesion: *un exudado pseudo-membranoso*. Ambas variedades pueden presentarse

simultáneamente en una misma epidemia, y se vé, por el contagio directo, la variedad benigna ó difteróide, dar origen á la variedad más grave ó diftérica; igualmente puede presentarse la recíproca; no há lugar, por consiguiente, á hacer distinto estudio de estas dos variedades, puesto que los diferentes grados de gravedad parecen depender más de una diferencia de terreno que de una diferencia en la naturaleza de la afeccion.

Esta angina al principio no presenta más que una reaccion febril bastante moderada, y su aparicion no es brusca como en la angina hérpetica; hay poco dolor y es tan pequeña la molestia que el enfermo siente en la garganta, que apenas llama la atencion del Médico. En esta enfermedad todo parece, en efecto, pasar al principio desapercibido, y en el mayor número de casos, cuando se examina por primera vez la garganta del enfermo, se suele comprobar la presencia de falsas membranas bastante extendidas que presentan ya cierto espesor y adherencias.

La aparicion de estas falsas membranas es, sin embargo, precedida siempre de una rubicundez y turgescencia de los puntos de la mucosa, que más tarde deben ser cubiertos por la falsa membrana. Este signo es característico, y tiene su importancia tanto bajo el punto de vista del diagnóstico cuanto bajo el de la evolucion ulterior de la enfermedad.



La falsa membrana de la angina diftérica es espesa, muy manifiesta, más delgada en la circunferencia que en el centro; avanza con irregularidad sobre las partes vecinas, y allí donde ella termina, la mucosa está espesada y toma un tinte violeta oscuro. Esta falsa membrana se hace cada vez más espesa y más adherente; para arrancarla hay que servirse de la pinza. Cuando se ha separado una de estas membranas se producen casi siempre ligeras hemorragias, y se ve la mucosa ulcerada y de aspecto granuloso.

La formación de las falsas membranas es muy rápida; en algunas horas invaden y toman una gran extension; pero debe notarse que cuando se han arrancado algunas, tienden en seguida á reproducirse con ménos rapidez y se hacen á la vez menos adherentes.

A estas lesiones de la garganta acompaña una tumefacción dolorosa de los ganglios submaxilares; pero es preciso cuidar de no atribuir á este síntoma la importancia patognomónica y pronóstica que ciertos autores le han dado, porque por una parte se puede hallar este síntoma en cierto número de anginas no diftéricas, y por otra, la intensidad de la tumefacción ganglionar no puede servir de regla absoluta para medir la gravedad de la angina diftérica.

Cuando se trata de una variedad grave de esta angina, las falsas membranas adquieren más consi-

derable espesor; y cuando se han arrancado algunas, su reproduccion parece hacerse con mayor rapidez. No tienen entónces tendencia á quedar limitadas á la garganta; se propagan á las fosas nasales, en donde ocasionan epístaxis, y á la laringe, lo que dá origen á la disnea; pero en algunos casos la respiracion puede hacerse difícil é incompleta, áun sin propagacion de las falsas membranas á la laringe, dependiendo entonces esta disnea, como el estado general grave que le acompaña, de la intoxicacion del enfermo: se vé entonces bajar la temperatura, el pulso hacerse más lento, pequeño y depresible; despues, y poco á poco, la fâcies se altera y los tegumentos adquieren el tinte cianótico. Con frecuencia hay al mismo tiempo vómitos y diarrea; la adinâmia se acentúa y el coma llega, con ó sin delirio: el enfermo muere por septicemia, y sin presentar los síntomas del crup.

Lo más frecuente es que los fenómenos sigan una marcha diferente sin dejar por esto de ser menos graves: las pseudo-membranas, despues de desarrollarse sobre la faringe, invaden rápidamente las eminencias aritenóides y las partes más profundas de la laringe, y el enfermo, sobre todo si es jóven y la abertura glótica está poco desarrollada, muere por asfixia sin ningun signo de intoxicacion.

En algunos casos estos modos de evolucion son simultáneos, la auto-infeccion marcha á la par de los accidentes laríngeos, y la terminacion funesta es más rápida.

En fin, como tercer modo de evolucion, las falsas membranas pueden aparecer primitivamente en la laringe y constituir entonces el crup primitivo (*d'emblée*).

Durante la evolucion de esta enfermedad, los dolores laríngeos que sufre el enfermo no son nunca muy vivos; siente más bien una molestia y sensacion de cuerpo extraño, que obstruye el paso del aire, que verdadero dolor. La voz pierde poco á poco su sonoridad, se hace ronca y apagada, y en un período más avanzado es completa la afonía. Este síntoma es, sin embargo, muy irregular; con frecuencia, despues de la expulsion de una falsa membrana, la voz recupera por algun tiempo un timbre casi normal.

La tos, poco frecuente al principio, se hace despues por accesos próximos, y sufre en su timbre iguales alteraciones que la voz; pero siempre queda apagada, sin adquirir nunca la sonoridad ruidosa que sin razon se ha llamado tos crupal; es conveniente recordar que la llamada tos crupal jamás se encuentra en los enfermos de crup, sinó que, por el contrario, es un síntoma característico de la laringitis estridulosa, y algunas veces de la laringitis catarral de los niños. En el período de

asfixia, la tos es mucho menos frecuente y mucho más débil.

Tratamiento de la angina diftérica.—Se han ensayado muchas medicaciones contra esta terrible enfermedad, pero desgraciadamente ninguna tentativa ha dado resultados bastante favorables. Desde el principio es de importancia hacer uso de los vomitivos y administrar al mismo tiempo tónicos, la quina, el percloruro de hierro. Para las cauterizaciones locales empleo algunas veces el nitrato de plata; pero prefiero generalmente tocar la garganta tres ó cuatro veces por día con la disolución normal de percloruro de hierro. Después, con objeto de detener la descomposición pútrida y destruir las propiedades sépticas de los productos morbosos, practico toques con una disolución bien concentrada de permanganato de potasa, ó con una disolución alcohólica de creosota. Al mismo tiempo que estas cauterizaciones, hay que tener cuidado de arrancar con una pinza las falsas membranas, tan luego como se desarrollan. Estudiando la evolución de la difteria, hemos, en efecto, comprobado que la reproducción de las falsas membranas se efectúa tanto menos rápidamente cuanto más veces han sido separadas. En algunos casos, principalmente en los adultos, he visto dar buen resultado el tratamiento de Trideau, por la copaiba y la cubeba á altas

dosis al interior, y las aplicaciones de hielo al redor del cuello.

Cuando, á pesar de toda medicacion, la difteria invade la laringe y sobrevienen los accidentes asfícticos del crup, es preciso acudir á la traqueotomía.

Para que esta operacion tenga alguna probabilidad de éxito, es conveniente no esperar para practicarla á que la asfixia esté muy avanzada, y asegurarse de que no hay complicaciones por parte de los bronquios.

Hay un punto, despues de la operacion, sobre el que nunca cuanto se insista será demasiado, que consiste en los cuidados que el operado reclama continuamente para impedir que las falsas membranas obstruyan la cánula interior y ocasionen de este modo una nueva crisis de asfixia; es por esta razon indispensable, que durante los dos ó tres dias que siguen á la operacion, haya constantemente al lado del operado un ayudante inteligente y ejercitado, que vigile para que la luz de la cánula esté siempre bien libre; en muchos casos, solo con esta condicion puede esperarse buen éxito.

La descripcion de los diferentes procedimientos operatorios de la traqueotomía, se hallará en el capítulo que trate de los tumores de la laringe; creo, pues, inútil hacer ahora su estudio.

Parálisis.—Después de la curación de las anginas diftéricas, se ven con frecuencia sobrevenir parálisis más ó menos localizadas. Estas parálisis no suelen presentarse hasta unos días después de la terminación de la enfermedad, y pueden aparecer lo mismo después de casos benignos que de graves. El velo del paladar es el sitio de predilección de estas parálisis; pero en algunos casos invaden igualmente los músculos de la fonación y aún los músculos del tronco y de las extremidades; en estos casos los desórdenes de la motilidad son con frecuencia precedidos de analgesia y de anestesia. La duración de estos accidentes suele ser solo de algunas semanas; pero algunas veces puede ser de mucho más tiempo; aún en los casos más generalizados, es la curación la regla general. El tratamiento consistirá en aplicaciones tópicas estimulantes sobre el velo del paladar, así como en la aplicación de corrientes de inducción. Un medio que con frecuencia cura rápidamente las parálisis diftéricas del velo del paladar, consiste en hacer inyecciones nasales estimulantes con cocimiento de hojas de nogal ó creosota en disolución débil; estas inyecciones se hacen muy fácilmente con el sifon Weber.

7.^a—*Angina dotinentérica. (Laringo-tífus de los alemanes).*

En varios casos de fiebre tifóidea podemos

hallar complicaciones faringo-laríngeas; pero si consultamos los autores no hallamos mencionadas más que las formas graves, ulcerosas, edematosas y necrósicas.

El Dr. Guenau de Mussy es el primero que ha llamado la atención sobre las formas benignas, y en la tesis del Dr. Bonnefond hallamos la descripción de observaciones muy interesantes, cuyo análisis nos permite dar á esta variedad de angina los caracteres siguientes: en un principio rubicundez difusa en la garganta, después serie de pequeñas granulaciones transparentes, rodeadas de un círculo rojo; estas vesículas son muy numerosas sobre la cara posterior de la faringe, cubren los pilares el velo del paladar, y trasforman algunas veces la úvula en un verdadero racimo. Se acompaña esta angina de sequedad de garganta, de dolores y á veces de verdadera dificultad de la deglución; debe principiar desde los primeros días de la fiebre tifoidea, porque se halla constantemente en plena evolución del octavo al dozavo día; persiste durante el período de las altas temperaturas, y disminuye algunos días antes del descenso de la misma, siendo su desaparición un indicio de alivio en el estado general del enfermo.

Durante la evolución de la fiebre tifoidea se presenta algunas veces una angina muy diferente

de la que acabamos de describir, y que constituye la forma grave de la angina tífica.

Es probable que en estos casos las ulceraciones que se han apreciado á partir del segundo septenario, hayan sido precedidas de la forma vesiculosa ó benigna, pero esta opinion aún carece de la confirmacion clínica; sea como quiera, hácia la mitad del segundo septenario se encuentran ulceraciones más ó ménos extensas en las diversas partes del aparato vocal. Cuando quedan limitadas á las capas superficiales de la mucosa, pasan lo más ordinariamente desapercibidas en medio de la reunion de síntomas de la fiebre tifoidea; pero en algunos casos estas ulceraciones invaden las capas profundas, y se produce el edema, la pericondritis y la necrosis consecutiva de los cartílagos.

Los síntomas son entonces los de la laringitis edematosa, y la muerte es casi fatalmente la terminacion; en ciertos casos, sin embargo, ha sido posible salvar los enfermos de una sofocacion inminente por la traqueotomía; pero á causa de la extension de las lesiones, pocas veces se puede esperar repararlos, y el enfermo tiene ordinariamente que resignarse á llevar una cánula por el resto de sus dias.

Antes de terminar este capítulo debería de ha-

blar de la angina del muermo y del cólera; pero á causa de la gravedad de los otros síntomas de estas infecciones, no se ha hecho hasta hoy el estudio especial de esta localizacion, que por otra parte no es más, ante el estado general del enfermo, que un episodio insignificante.

VI.

SEGUNDA CLASE.

Segundo grupo.

Vamos á abordar hoy el estudio de las anginas diatélicas y crónicas localizadas, relacionadas con enfermedades generales crónicas. En razon de su cronicidad, merecerán estas afecciones un estudio muy especial por nuestra parte, y su evolucion deberá ser el objeto de constantes estudios de todo Médico que desee tratar las enfermedades de la garganta.

Primera variedad.—Angina sifilítica.

Antes de abordar el estudio de la sintomatología, creo necesario haceros notar que el diagnóstico de estas afecciones presenta á veces grandes dificultades; así, pues, es preciso no contentarse sólo con el exámen del aparato vocal, ni basar el diagnóstico en un sólo síntoma, sinó inquirir con

cuidado los antecedentes, y tener presente que muchos enfermos no quieren confesar la existencia de lesiones sifilíticas anteriores; en estos casos es preciso interrogarles con el mayor cuidado, y buscar un medio de descubrir la verdad por los antecedentes, sin herir *su susceptibilidad*, con frecuencia exagerada. Estas reservas, cuya importancia llegareis á apreciar con frecuencia, nos hacen presentir que los caracteres de las manifestaciones en la garganta de la sífilis, no son tan característicos como la mayor parte de los que pueden comprobarse sobre la superficie cutánea; es posible que dependa esto de que las manifestaciones en la garganta son más difíciles de examinar y están menos estudiadas; pero de lo que juzgo que principalmente dependa, es de la diferencia del lugar y del contacto continuo de la mucosa faringo-laríngea con las mucosidades segregadas por las glándulas y con sustancias extrañas.

Cuando desarrollamos la clasificación de las anginas, hemos insistido sobre la marcha progresiva de los accidentes, de las partes superficiales á las profundas; podría añadir, como carácter general, mayor tendencia á la localización á medida que las manifestaciones se alejan del principio de los accidentes secundarios. Hay, en fin, un tercer carácter, que á menudo podrá sernos de gran utilidad para reconstituir la sucesiva evolución de

las diversas manifestaciones sifilíticas; que la angina sifilítica que no afecta al principio más que las capas superficiales de la mucosa (exantema y placas mucosas), invade poco á poco las capas sub-dérmicas (ulceraciones) para interesar, por último, los tejidos más profundos, el pericondro y los cartílagos.

La division de las anginas sifilíticas en tres períodos, con la série de accidentes tan distintos, no presenta caractéres tan marcados como para las afecciones sifilíticas cutáneas; esta irregularidad ha hecho dudar de la marcha simultánea de estos dos órdenes de manifestaciones; creo, sin embargo, aunque haciendo algunas reservas, que se puede conservar esta division, que hará mucho más fácil el estudio, y nos permitirá agrupar las lesiones de la misma categoría.

Estudiaremos, pues, necesariamente las anginas sifilíticas:

1.º Del período primitivo;

2.º Del período secundario;

Y 3.º Del período terciario.

1.º *Accidentes primitivos*.—El accidente primitivo, bastante frecuente en las partes anteriores de la boca, se hace cada vez más raro, á medida que los órganos se alejan de la abertura de la boca. Apenas alguna vez ha podido comprobarse su presencia sobre los pilares y el velo

del paladar, y su existencia en la laringe es problemática.

Hay, sin embargo, un medio de contagio directo posible sobre las partes más profundas, que consiste en la trasmision de la sífilis de un enfermo á otro con el espejo laríngeo ó con la pinza porta-cáustico.

El Médico deberá siempre estar en guardia contra esta eventualidad y semejante peligro. Se ha presentado este hecho en un liceo de París, en que fué trasmitida la sífilis á varios niños por el contacto de una sonda, con la que se habia hecho el cateterismo de la trompa de Eustaquio en un sífilítico. Habituaros, pues, á lavar siempre vuestros instrumentos en una disolucion de permanganato de potasa, despues de cada exámen: el lavar los espejos laríngeos en una disolucion aguosa al 1 por 100 de permanganato, es suficiente para prevenir toda inoculacion.

No tenemos, pues, que estudiar en el aparato faringo-laríngeo la evolucion del chancro, puesto que no se presenta; pero no olvidemos un momento el ejemplo que acabo de citaros, para que por nuestra culpa no tenga el chancro infectante una nueva localidad.

2.º *Accidentes secundarios.*—Del primero al tercer mes despues del accidente primitivo, vemos aparecer en la mayoría de los casos la pri-

mera manifestacion en la garganta, caracterizada por eritema. Con frecuencia aparece esta angina antes que toda manifestacion de roseola cutánea; algunas veces son simultáneas ambas erupciones, y otras puede haber roseola sin angina eritematosa.

Precede ordinariamente á esta angina un cambio del estado general, ligera reaccion febril, malestar, calor y sequedad en la garganta; pero estas perturbaciones generales, aunque mucho más pronunciadas que las que acompañan á las manifestaciones sifilíticas cutáneas, no están siempre bastante caracterizadas para llamar la atencion del enfermo y pueden pasar desapercibidas, si el Médico, guiado por este cuadro de síntomas, no dirige su atencion hácia la faringe y velo del paladar.

La angina eritematosa de la sífilis está caracterizada por una rubicundez viva, de apariencia es-carlatinosa, de reflejos algo opalinos. Esta rubicundez ocupa al principio los pilares anteriores y parte media del velo del paladar; de suerte, que cuando se examina la garganta del enfermo, se vé muy claro este signo, muy bien limitado, y que nos recuerda los dos lados de una ventana ojival bastante regular. Poco á poco invade el eritema las partes próximas del velo del paladar y úvula, pero raras veces se extiende á las amí-

dalas y aún menos á la cara posterior de la faringe. Esta marcha regular es característica; de suerte, que todo eritema de la garganta que está localizado, ya á la faringe, ya á los pilares posteriores y aún á las amígdalas, debe alejar la idea de angina sifilítica.

Cuando me ocupé de la angina del sarampion, os dije que siempre se presentaba por la cara posterior de la faringe.

Puede servir esta particularidad de característica para el diagnóstico diferencial de la angina del sarampion y de la sifilítica, en algunos casos de erupciones cutáneas anormales, que dieran lugar á la duda entre estas dos enfermedades.

Puedo citaros, como ejemplo de esto, un hecho que pasó en mi presencia en el hospital de San Luis, y que os probará la verdad de este aserto: Un enfermo que habia entrado en el hospital la víspera, presentaba una erupcion bastante generalizada de la superficie cutánea, tenia los caracteres del sarampion y estaba acompañada de una reaccion febril intensa y tos bastante frecuente; se habia diagnosticado de sarampion, é iba á ser confirmado, cuando incidentalmente se quejó el enfermo de molestia y sequedad en la garganta; el exámen de esta region enseña la faringe sana, y por el contrario, en los pilares anteriores y velo del paladar una rubicundez muy viva, perfectamente limitada, y revistiendo la forma ojival que

os he señalado. El descubrimiento de este nuevo síntoma, fué suficiente en este caso para rectificar el diagnóstico, y la ulterior evolucion de la enfermedad confirmó la justicia de esta nueva opinion.

Al rededor de este exantema, sobreviene algunos dias despues una irritacion difusa, que toma la marcha catarral y se extiende á las amígdalas y á la faringe, pero que raras veces alcanza á la epiglotis y á las eminencias aritenóides.

En un gran número de casos, á la vez que aparecen las primeras manifestaciones de eritema sobre los pilares, puede comprobarse ligero cambio en el timbre de la voz, que se hace ronca (*rancedo syphilitica*); la observacion laringoscópica ha demostrado que esta alteracion de la voz era debida á la presencia en las cuerdas vocales de un eritema análogo al que hemos comprobado en los pilares anteriores; está igualmente bien localizado este eritema á las cuerdas vocales, y rara vez las bandas ventriculares padecen en los primeros períodos. Me explico en estos casos la alteracion, con frecuencia considerable, de la voz, por la brusca invasion del eritema á todo el borde libre de las cuerdas vocales; en efecto, veremos, cuando hagamos el estudio de la angina de los tuberculosos, que lesiones á veces bastante considerables de las cuerdas vocales pueden coincidir con una alteracion de la voz poco marcada; pero solo cuando estas lesiones han progresado con lentitud

extrema, y los músculos tensores de las cuerdas vocales han podido habituarse poco á poco, por una tension cada vez más considerable, á suplir el descenso del tono de la voz debido al espesor de las cuerdas vocales. En el caso de sífilis, al contrario, las cuerdas vocales se aumentan bruscamente de volúmen y sus músculos tensores no cambian de modo de tension con igual rapidez; el timbre de la voz disminuye y se hace ronco.

Esta digresion ha podido separarme de nuestro estudio sobre la angina sifilítica; pero, á mi juicio, no ha sido inútil, porque nos enseña que no siempre puede prejuizarse de la gravedad de las lesiones de las cuerdas vocales por el grado de la alteracion de la voz.

Despues del eritema sifilítico, vienen las placas mucosas, que son, con mucho, las más importantes manifestaciones sifilíticas del aparato vocal, tanto por su frecuencia como por su valor diagnóstico.

Las placas mucosas de la garganta tienen por sitio de predileccion el velo del paladar, los pilares y las amígdalas. Las pápulas iniciales se rodean rápidamente de una areola inflamatoria que enmascara algo la evolucion; pero poco á poco su superficie toma un color blanco-opalino, revisten una forma oval é irregularmente redondeada, se hacen ligeramente salientes, y son circunscritas

por un borde algo más espeso y rodeado de una aureola inflamatoria; esta superficie, que tiene, decimos, un tinte algo opalino, es ligeramente plegada y como desigual su coloracion; parece aterciopelada, y contrasta de un modo bastante sensible con las partes lisas del resto de la mucosa. No puede esperarse hallar siempre los caractéres tan claros y marcados como acabamos de describirlos, pues tanto más lejos está el asiento de la placa mucosa de la entrada de la boca, tanto menos es característico su aspecto; hecho constante que nunca debe olvidarse. Sin embargo de esto, las placas del aparato vocal conservan aún una reunion de caractéres, que permiten en la mayoría de los casos reconocerlas fácilmente.

La aparicion y evolucion de la placa mucosa vá acompañada de reaccion febril poco intensa; el enfermo acusa al mismo tiempo, y desde el principio, calor, sequedad y picor en la garganta, así como ligera dificultad en la deglucion; pero estos fenómenos más son hijos de la inflamacion de las partes que rodean las placas mucosas que de la evolucion de las mismas. En un número bastante grande de casos de placas mucosas en la faringe, se comprobó una recrudescencia nocturna de los dolores, tan bien marcada casi como en los accidentes del período terciario.

La duracion de las placas mucosas varía de algunas semanas á varios meses: en los enfermos

que siguen un tratamiento irregular ó que hacen frecuente uso de sustancias irritantes, pueden ser de una duracion casi indefinida; los fumadores de cigarrillos de papel se hallan con frecuencia en este caso.

Las placas mucosas ya antiguas no tienen caractéres tan claros como al principio; y si la atencion del Médico no es muy escrupulosa en el exámen, es fácil en estos casos cometer un error de diagnóstico.

La descripcion que acabo de haceros no se refiere más que á las placas mucosas de la faringe. A medida que se alejan de la abertura de la boca, como ya en un principio lo senté, las placas mucosas pierden su forma y aspecto característico: y como por otra parte, el exámen se hace tambien más difícil, no debe sorprender el que se discuta su existencia en la laringe.

Isambert no admitia la existencia de las placas mucosas en la laringe, sinó como excepcion sumamente rara. Si no se consideraran como placas más que las lechosas, de no uniforme coloracion y de bordes salientes, que acabamos de describir en la mucosa bucal, esta asercion seria verdadera; pero, como ya os lo he hecho observar, las placas mucosas pierden sus caractéres marcados á medida que se alejan de la abertura bucal.

Desde la aparicion de las primeras manifesta-

ciones de los accidentes secundarios se puede, en un gran número de casos, comprobar sobre las cuerdas vocales una rubicundez bastante generalizada con tumefaccion de las mismas: rubicundez que toma frecuentemente el aspecto granuloso, que depende de la hipertrofia de las pápilas de la mucosa. El exámen microscópico ha comprobado una neoformacion de fibras conjuntivas y redes elásticas; estos caracteres histológicos nos permitirán, pues, considerar estas lesiones como placas mucosas de la laringe.

La rubicundez y la tumefaccion no suelen quedar limitadas á las cuerdas vocales; las bandas ventriculares y las eminencias aritenóides están de ordinario tumefactas; es á causa de esta generalizacion de la enfermedad sobre las diversas partes de la laringe, el que exista con frecuencia una alteracion muy notable en el timbre de la voz.

El diagnóstico diferencial de esta afeccion presenta algunas veces grandes dificultades; porque, segun que estos síntomas son más ó menos marcados, puede confundirse con dos estados morbosos muy diferentes: primero, con el período catarral de la tisis laríngea cuando el brote sifilítico es discreto; y segundo, con la angina catarral cuando la rubicundez y la tumefaccion invaden una gran parte de la laringe.

Hay una particularidad que podrá guiarnos al diagnóstico en los casos dudosos, que consiste en



la presencia de placas mucosas en la cara posterior de la epiglotis, y principalmente en su borde libre; circunstancia importante y característica, tanto más de apreciar, cuanto que conservan las placas aquí su aspecto especial, casi tan claro como en las de la boca.

Durante el período de los accidentes secundarios, y como consecuencia de las placas mucosas, se ven á menudo ulceraciones. El asiento de estas más frecuente, será por tanto el que hemos señalado para las placas. Las ulceraciones del período secundario son superficiales, mientras que las que veamos en el período terciario son mucho más profundas; no tienen además los bordes tallados á pico ni el aspecto característico de la descripción clásica, y nada las distingue de ulceraciones no sifilíticas; su evolución y su asiento tendrán una importancia mayor para sospechar la naturaleza; y por las razones que hemos dado más arriba, hablando de las placas mucosas, no podrán aceptarse sinó con mucha reserva como sifilíticas las ulceraciones superficiales situadas en el borde libre de las cuerdas vocales ó en la comisura posterior.

Al rededor de estas ulceraciones sifilíticas, se desarrollan muy á menudo pequeñas vegetaciones polipiformes, que dan un valor característico á estas ulceraciones. Crecen y se multiplican con gran rapidez, y su estructura histológica es la de los mamelones carnosos. Cuando estudiemos los

accidentes sífilíticos del período terciario, podremos igualmente comprobar su existencia y hacer un estudio más detallado.

Tratamiento de las anginas sífilíticas del período secundario.

En cierto número de casos, poco intensos, tiene lugar la curación espontánea; pero es larga y difícil de ordinario, pudiendo sobrevenir accidentes graves, que comprometen la salud general del enfermo; el tratamiento de la angina sífilítica es, por consiguiente, indispensable, y debe ser á la vez local y general.

Tratamiento local.—Consiste en cauterizar, dos ó tres veces por semana, lo menos, los puntos enfermos con la disolución de bicloruro:

Bicloruro de mercurio..	1 gramo.
Agua destilada.	50 gramos.
Alcohol..	10 gramos.

O mejor, con una disolución de nitrato ácido de mercurio:

Nitrato ácido de mercurio..	1 gramo.
Agua destilada.	50 á 75 gr.

A la vez, cuando hay inflamación bastante marcada de las partes próximas, se hacen usar gargarismos emolientes, y más tarde los gargaris-

mos astringentes de ratania, de clorato de potasa ó de tanino. El uso de pastillas de clorato es tambien necesario.

En los casos frecuentes en que hay ronquera, y sobre todo cuando el laringoscopio ha hecho ver sobre las cuerdas vocales esta hiperemia característica, que es indicio de la localizacion sifilítica en la laringe, es muy importante practicar desde el principio, una ó dos veces por semana lo menos, cauterizaciones de las cuerdas vocales con una de las dos disoluciones formuladas arriba, que será conveniente en los primeros dias debilitar, disminuyendo la dosis de medicamento activo.

Cuando sólo se hace uso del tratamiento general, la afeccion laríngea suele durar mucho, y además en las ulceraciones se presentan mamelones carnosos, que aumentan poco á poco de volúmen, y producen más tarde verdaderas vegetaciones poliposas, que provocan una afonía más ó menos completa, y necesitan la intervencion quirúrgica con las pinzas de pólipos y el galvano-cauterio.

2.º *Tratamiento general.*—Se dan al interior píldoras de proto-ioduro de mercurio; pero si se trata de accidentes secundarios tardíos, es preferible prescribir el jarabe de Gibert, que es bi-ioduro de mercurio y de potasio. La dosis es de una ó dos cucharadas por dia, y cada cucharada contiene un centígramo de ioduro de mercurio y

50 centigramos de ioduro de potasio. Algunos casos de anginas sifilíticas del período secundario, presentan una tenacidad desesperante, y parecen muy poco influenciadas aún por el jarabe de Gilbert; es conveniente en estos casos rebeldes prescribir al mismo tiempo baños sulfurosos; entonces es cuando se obtienen resultados muy rápidos por una temporada en las aguas sulfurosas fuertes, Luchon ó Baréges (1).

3.º *Anginas sifilíticas del período terciario.*— Las anginas de este período están caracterizadas por tubérculos ó por gomas, que dan origen á ulceraciones profundas ó lesiones huesosas y á vegetaciones consecutivas. Estos accidentes terciarios pueden presentarse en todas las partes del aparato vocal.

En la region huesosa de la bóveda palatina, son muy frecuentes los gomas, y dejan como consecuencia perforaciones características de la misma. El estudio de su evolucion, no estando más que indirectamente ligado al de las anginas, no nos ocupará; sin embargo, os señalaré su importancia, porque el sólo hecho de una perforacion de la bóveda palatina, dá á conocer con frecuencia una sífilis cuya existencia no se sospechaba.

(1) En España Ontaneda, Santa Agueda, Betelu, Archeda, etc.—(N. del T.)

En la cara posterior de la faringe, los gomias y las ulceraciones sifilíticas son excepcionales; este hecho tiene su importancia para el diagnóstico diferencial entre la sífilis y la escrófula, porque esta última enfermedad presenta, por el contrario de la primera, una predilección especial por la cara posterior de la faringe. Cuando en el mismo individuo se reúnen estas dos diátesis, las ulceraciones de la faringe tienen una marcha mucho más lenta, su cicatrización se hace muy difícilmente y es lo más frecuente irregular.

En la laringe, la epiglotis es con mucho la región con más frecuencia afectada, y el sitio ordinario de estas ulceraciones es su borde libre.

La frecuencia de esta localización había hecho pensar, de una manera axiomática, que no había sífilis laríngea sin ulceración del borde libre de la epiglotis; es una afirmación exagerada que podría en algunos casos ser origen de un error de diagnóstico. He creído, pues, útil haceros conocer mi opinión en este punto, para preveniros contra esta eventualidad. Después de la curación la úlcera deja una pérdida de sustancia del borde libre, que presenta una forma redondeada, y cuya superficie está cubierta de tejido cicatricial de un blanco nacarado bastante característico.

Cuando se han formado las úlceras en las eminencias aritenóides, en las bandas ventriculares y en la comisura posterior, invaden con frecuencia

las partes profundas, afectan los cartílagos y sobreviene la pericondritis ó condritis con necrosis de los cartílagos. Este trabajo ulcerativo ocasiona ordinariamente un edema, que puede alcanzar proporciones considerables y ocasionar síntomas de asfixia. La disnea se aumenta además por la formación de un gran número de vegetaciones polipiformes en los bordes de las superficies ulceradas; estas vegetaciones, que tienen la estructura de los mamelones carnosos, crecen con gran rapidez; y cuando se practica el arrancamiento sin cuidar de hacer á la vez una cauterización enérgica, se reproducen con tal facilidad, que el resultado del tratamiento resulta casi negativo. El edema, unido á estas vegetaciones, enmascara completamente la evolución de la enfermedad en las cuerdas vocales, é impide observar los progresos con el laringoscopio.

En las cuerdas vocales se producen ulceraciones marginales, que parecen hechas con saca-bocados; su marcha es rápida y sus bordes se cubren pronto de pequeñas vegetaciones polipiformes, análogas á las que hemos descrito en las eminencias aritenóides.

Las ulceraciones sifilíticas de las cuerdas vocales se distinguen de las que pertenecen á la tísia laríngea, en que no tienen, como estas últimas, localización especial en el sistema glandular de las cuerdas vocales.

Las ulceraciones sub-glóticas son á menudo serpiginosas, y poco á poco invaden toda la altura de la traquea; van siempre acompañadas de pericondritis con destruccion de los anillos de la traquea. Esta afeccion adquiere un carácter especial de gravedad á consecuencia de la estrechez considerable del calibre de la traquea, estrechez que resulta de una causa doble; la desaparicion de los anillos cartilagosos y la tendencia retráctil del tejido fibroso cicatricial. He tenido ocasion, con Isambert, de ver un caso, tipo de esta afeccion, que terminó por la muerte, y el exámen de la preparacion anatómica nos permitió reconstituir las diferentes fases de la evolucion de la enfermedad.

La marcha de los accidentes del período terciario es esencialmente lenta y crónica. Además, como os hacia notar al principiar este estudio, cuanto más se separa del principio de la afeccion, más la lesion se localiza. Habeis podido ver igualmente que las lesiones, al principio superficiales, invaden poco á poco las capas más profundas. Fundándoos en la reunion de todos estos síntomas, es como podreis hacer el diagnóstico diferencial de esta afeccion.

Existe cierto número de enfermos en los que la evolucion de la enfermedad no se presenta con caracteres tan marcados: son éstos los escrofulosos

y los tuberculosos, que contraen la sífilis con manifestaciones en el aparato vocal. En estos casos complejos el diagnóstico suele ser muy difícil, y es necesaria la mayor atención y mucha costumbre para conocer lo que corresponde á cada diátesis. Las anginas sifilíticas en los escrofulosos nos presentan una tenacidad desesperante; y cuando los enfermos sufren una mezcla de angina sifilítica y de tisis laríngea, vemos á la afeccion presentarse rápidamente con un carácter de gravedad particular, hasta tal punto, que cuando observeis una evolucion muy rápida de las lesiones de la tisis laríngea, será necesario averiguar con cuidado si hay antecedentes sifilíticos.

Tratamiento de los accidentes terciarios.—Está muy distante de ser este tratamiento tan eficaz en los accidentes terciarios como en los secundarios; sin embargo, es importante emplear el doble tratamiento local y general. La base del general será el ioduro de potasio, del que se elevarán progresivamente las dosis hasta cuatro y cinco gramos por día, segun la susceptibilidad del enfermo. Es muy importante acudir al mismo tiempo á una medicacion tónica y reconstituyente, para combatir la influencia depresiva de los accidentes terciarios y del ioduro de potasio absorbido: los baños sulfurosos serán un ayudante útil de esta medicacion.

El tratamiento local consistirá en cauterización, con la disolución siguiente:

Nitrato ácido de mercurio.	1 gramo.
Agua.	40 gramos.

Cuando haya edema, será preferible hacer una disolución fuerte de ácido crómico al 20 y aún al 15. Para favorecer la cicatrización de las ulceraciones, he empleado con éxito el iodo-formo; pero tiene este producto un olor tan desagradable y persistente, que su uso es soportado con dificultad por los enfermos.

Cuando se producen vegetaciones, tengo cuidado de separarlas con la pinza de pólipos; pero para que esta operación no se haga en balde, á causa de la reproducción rápida, es preciso inmediatamente después de la extirpación, hacer una cauterización con el galvano-cauterio: esta operación es más lo que impone al enfermo que los dolores que produce, y se soporta muy fácilmente.

El tratamiento debe ser bastante enérgico, y por todos los medios debe procurarse evitar la traqueotomía. No es la traqueotomía una operación grave en sí misma; pero sí como consecuencia, es muy difícil conseguir dejar al enfermo libre de su cánula. Cuando el paso continuo del aire no mantiene ya en tensión los diferentes músculos dilatadores de la glotis, se produce una debilitación de todas las partes constitutivas de la larin-

ge, y cuando despues de la curacion de la causa que reclamó la traqueotomía se quiere retirar la cánula del enfermo, se vé que le es imposible respirar, y que las dos cuerdas vocales no se separan para dejar paso al aire. Esta estrechez es por otra parte aumentada por la falta de una parte del sosten cartilaginoso, que fué eliminada por la enfermedad.

VII.

Segunda variedad.—Angina escrofulosa.

El principio de la angina escrofulosa es insidioso y no va acompañado de aquellos síntomas tan pronunciados y característicos que señalan el principio de otras variedades de anginas. Esto dá explicacion de que, si bien las lesiones graves y últimas de la angina escrofulosa son hace mucho conocidas y bien estudiadas, es preciso, para estudiar las lesiones de los primeros períodos, hallarse en condiciones muy especiales de observacion y unir á esto particular sagacidad clínica.

Mi maestro y amigo, el profesor Isambert, como Médico de la clínica laringoscópica del negociado central de la Prefectura de Policía, y por sus cualidades de clínico esencialmente observador, reunia en el más alto grado estas dos condiciones, que le permitieron, en una notable Memoria publicada en 1872, hacer la primera historia clínica completa de la angina escrofulosa.

Las primeras manifestaciones de la angina escrofulosa se presentan siempre en la cara posterior de la faringe, y lo más frecuentemente en la parte superior de esta cara, próxima á la faringe nasal. Esta afeccion tiene una marcha esencialmente crónica, y no presenta de ordinario detenciones en su evolucion; sin embargo, podremos admitir tres períodos:

- 1.º Período catarral.
- 2.º Período ulcerativo superficial.
- 3.º Período ulcerativo profundo.

Esta division de la angina escrofulosa en tres períodos sucesivos, nos hará mucho más fácil su estudio.

Primer período.—Catarral.

En un principio, la angina escrofulosa puede presentar dos formas diferentes:

- 1.^a La forma glandular, que es con mucho la más frecuente.
- 2.^a La forma seca, que se presenta con menos frecuencia y ha sido menos estudiada, sobre todo en los períodos del principio.

1.º—*Angina escrofulosa de forma glandular.*

Los enfermos que hace algun tiempo sufren un coriza crónico, no sienten en la faringe más que

síntomas insignificantes y poco marcados. Apenas sienten estos enfermos, aún después de dirigir su atención hacia esta parte, un poco seca la garganta y ligero cosquilleo; lo ordinario es, por el contrario, que sufran una considerable molestia en la parte posterior de las fosas nasales. El Médico, guiado por la constitución general y por la persistencia de este coriza crónico, deberá hacer el exámen de la garganta y podrá entonces comprobar los síntomas faríngeos siguientes:

La pared posterior de la faringe está seca y de un rojo ligeramente oscuro; la cubre un moco espeso, que la hace aparecer brillante. Presenta esta superficie abultamientos formados por la hipertrofia de las glándulas y los folículos faríngeos; esta hipertrofia del sistema glandular es ménos confluyente que en las demás variedades de anginas de forma catarral; pero la hipertrofia de estas glándulas adquiere proporciones mucho más considerables. Además, estas glándulas voluminosas no presentan en su base la inyección vascular que vimos en la angina catarral crónica, y que de una manera constante se presenta en la angina artrítica; tienen un tinto rojo-oscuro, ligeramente violáceo. La pared posterior de la faringe, en su parte superior ó nasal, está tapiada por costras grisáceas, secas, delgadas y arrugadas en sus bordes, que están formadas de moco seco; por la mañana, ántes que el paso de los alimentos las haya hecho

desaparecer, se puede apreciar su presencia en toda la cara posterior de la faringe. La formación de estas costras secas depende de que el enfermo padece al mismo tiempo un coriza crónico que le obliga á dormir con la boca abierta, el moco segregado durante la noche por la faringe y parte posterior de las fosas nasales se deseca por el paso del aire, y forma estas costras que son muy adherentes. Cuando durante este período inicial se desprenden las mucosidades desecadas, se comprueba algunas veces, debajo, ligera descamación epitelial con aspecto frambuesado de las glándulas, pero no se percibe ulceración.

2.º—*Angina escrofulosa de forma seca.*

En esta variedad, que es mucho más rara que la forma glandular, hallamos los mismos síntomas; pero el aspecto de la cara posterior de la faringe es mucho más seco y reluciente; sin embargo, la hipertrofia de las glándulas falta frecuentemente, y cuando se puede comprobar la presencia de algunos folículos voluminosos, se vé que adquieren, como en la forma precedente, proporciones siempre considerables. Este aspecto seco y lustroso recuerda mucho el de la lengua de un enfermo de fiebre tifoidea. La presencia de las costras grisáceas, secas y como contraídas, como cuando un pergamino se calienta mucho en un punto, es

aquí un elemento muy importante para el diagnóstico diferencial con las demás variedades de faringitis seca.

Segundo período.—De ulceracion superficial.

Los síntomas funcionales, sin adquirir mucha intensidad, son, sin embargo, más pronunciados que en el primer período. Los enfermos se quejan de algo de calor y resecaion en la garganta, sin ningun dolor en los movimientos de deglucion, ni cambio en el aparato auditivo, á ménos de complicacion. Estos síntomas funcionales son, pues, más bien negativos con relacion á las lesiones, y su poca intensidad viene á ser un elemento de diagnóstico.

Síntomas locales.—Vemos persistir en el segundo período la hipertrofia considerable de las glándulas y folículos mucosos; pero poco á poco en algunas de estas eminencias y en los surcos que las separan se presentan ulceracioncillas irregulares, más largas que anchas; de bordes ligeramente desprendidos, delgados y de color ligeramente violáceo; el fondo es blanco-amarillento; serpentean, por decirlo así, en lo más hondo del surco, y cuando son numerosas dan á la pared posterior de la faringe un aspecto lardáceo muy característico. Hemos visto, describiendo el primer período,

que el principio de la descamacion tenia lugar por el vértice de las glándulas; pero esta descamacion, cuando invade las capas más profundas de la mucosa, encontrando en las partes interglandulares un tejido ménos denso, sigue una marcha mucho más rápida; por esta razon las úlceras adquieren en estos puntos mucho más pronto proporciones más considerables en anchura y sobre todo en profundidad. Cuando por primera vez se examina un enfermo en el segundo período de angina escrofulosa, podria creerse, por el exámen de las lesiones, que el trabajo ulcerativo habia principiado por los surcos interglandulares. Nos explica esta particularidad cómo ha podido admitirse durante mucho tiempo que las ulceraciones escrofulosas principiaban en la mucosa de los surcos interglandulares, como todavía en 1878 uno de mis discípulos, el Dr. Fauverteix, lo publicaba en su tésis sobre la angina escrofulosa.

Como consecuencia de estas ulceraciones más profundas, los surcos se acentúan más, las glándulas hipertrofiadas se destacan del resto de la faringe, ó mejor parecen, como si á ella hubiesen sido aplicadas y pegadas, como bolitas de papel masticado ó de pasta semi-líquida, lanzadas contra una pared y quedando en ella aplastadas.

Ruego á mis lectores me dispensen esta comparacion algo trivial, pero que tiene la ventaja de grabar en su espíritu este aspecto característico.

Las glándulas hipertrofiadas toman un tinte cada vez más oscuro y algo violáceo, que hace resaltar más el aspecto amarillento y lardáceo de los surcos interglandulares ulcerados.

Lo mismo que en el primer período, podemos en este segundo comprobar en el fondo de la faringe la presencia de mucosidades secas, relucientes, espesas y muy adherentes: estas mucosidades cubren y ocultan enteramente las ulceraciones cuando no se cuida de separarlas.

Tercer período.—De ulceracion profunda.

En el tercer período, no sólo las capas profundas de la mucosa están ulceradas, sinó que vemos el trabajo ulcerativo ganar poco á poco en profundidad, invadir el tejido celular sub-mucoso, así como los tejidos musculares y áun otros que están situados debajo, cuya naturaleza varía segun la region.

Cuando en un enfermo comprobamos la existencia de lesiones del tercer período de la angina escrofulosa, la evolucion de la enfermedad ha podido ser de dos maneras diferentes, produciéndose así dos formas de la enfermedad, que son esencialmente distintas en su marcha y en su evolucion ulterior.

Una *primera forma* es la continuacion de la angina ulcerosa superficial, continuando los sín-

tomas y marcha del segundo período, y extendiéndose cada día más en anchura y en profundidad.

Por el exámen de la faringe, puede percibirse en la cara posterior ulceraciones de aspecto lardáceo, de bordes delgados y desprendidos, y de color vinoso; se extienden estas ulceraciones á los pilares y los seccionan; los colgajos de estos pilares son entonces flotantes, pero no permanecen mucho tiempo libres, se les vé prender en la pared posterior de la faringe, adquiriendo adherencias cicatriciales, cuya retraccion puede ocasionar deformidades y aún dolencias; si los dos pilares adquieren estas adherencias, puede formarse un verdadero tabique horizontal que puede interceptar toda comunicacion entre las fosas nasales y la faringe y ocasionar la sordera. La adherencia de los pilares puede igualmente efectuarse con una superficie ulcerada de la epiglotis, y esta brida cicatricial ocasiona, por su retraccion, una desviacion en totalidad de la faringe, que puede dar lugar á cambios graves y persistentes de la deglucion y fonacion.

Como lo hice observar hablándoos de la marcha general de la angina escrofulosa, esta afeccion no invade la laringe sinó despues de haber llevado su influencia destructora sobre la faringe, los pilares y el velo del paladar, y entonces las lesio-

nes se presentan en la epiglotis antes de invadir las partes más inferiores de la laringe.

En esta region se forman primero ulceraciones; despues se desarrollan gruesas vegetaciones proliferantes que, haciéndose cada vez más voluminosas, pueden estrechar el orificio glótico hasta el punto de hacer necesaria la traqueotomía. Esto seguramente es muy raro, pero es preciso en ciertos casos prever la posibilidad.

Cuando, bajo la influencia de un tratamiento apropiado, la marcha progresiva de la angina escrofulosa se detiene, lo que felizmente es la terminacion más ordinaria, se ven aquellas lesiones tan profundas de la garganta desaparecer poco á poco, dejando en su lugar cicatrices de coloracion nacarada, sin sobresalir del nivel de la mucosa; antes al contrario, presentando una ligera depression, tienen estas cicatrices forma estrellada que se puede considerar como característica. La reunion de estos caracteres puede en ciertos casos servir para formular un diagnóstico retrospectivo.

La *segunda forma* del período ulceroso profundo, sucede lo más frecuentemente al lupus de la cara. En esta variedad no hay verdadera ulceracion; el lupus altera y mina de cierto modo las partes que vá á destruir, despues las corroe ó parece atrofiarlas; se vé la mucosa, que habia toma-

do un tinte vinoso, deprimirse poco á poco, y simular una ulceracion; se puede observar un trabajo de reparacion ó cicatricial, sin que haya habido verdadera ulceracion superficial.

Podria compararse la marcha de este trabajo invasor del lupus faríngeo, al que todo Médico ha podido observar en los ganglios estrumosos de algunos niños, en los que se vé un ganglio voluminoso reblandecerse y disminuir insensiblemente de volúmen hasta el punto de hacerse menos saliente que la piel; este ganglio no supura, pero cuando se ha curado, se vé sin embargo persistir una cicatriz estrellada y nacarada con una aureola de coloracion vinosa.

Cuando en cualquiera de estas dos formas de la angina ulcerosa profunda, son invadidas las partes huesosas ó cartilaginosas, se produce una necrosis con esfoliacion de la parte mortificada y supuracion saniosa acompañada de olor muy fétido.

Marcha.—Duracion.

La marcha de la angina escrofulosa es siempre insidiosa; apenas acusan los enfermos, á veces con lesiones muy graves y extensas, más que la garganta algo seca. Este síntoma negativo tiene su importancia, porque sólo en esta enfermedad se comprueba hasta tan alto grado; de suerte que puede en ocasiones ser un signo patognomónico.

La duracion de esta afeccion es siempre muy larga; pero pocos enfermos recorren el ciclo de los tres períodos. La mayor parte de los escrofulosos tienen durante muchos años lesiones del primer período; la enfermedad queda estacionaria, y no acompañándose esta afeccion de ningun signo funcional bien manifiesto, pasa de ordinario desapercibida si una complicacion intercurrente no dirige la atencion del médico hácia la garganta ó no se pone en guardia por la persistencia de un coriza crónico.

Cuando la enfermedad llega al segundo período, los signos funcionales, aunque en poca relacion con la extension de las lesiones, son, sin embargo, bastante pronunciados para despertar la atencion del Médico.

La existencia de las lesiones del segundo período es ya indicio de un estado más grave del organismo entero; y si por la aplicacion de un tratamiento local, al que nunca se olvidará añadir un tratamiento general é higiénico, no se logra modificar el estado local y general del enfermo, se ven las ulceraciones ganar rápidamente en extension y en profundidad. En este segundo período es cuando se suele ver sobrevenir la tuberculosis pulmonar, que es entonces el punto capital al que debe dirigirse toda la accion terapéutica.

Diagnóstico diferencial.—La angina estrumosa

no se presenta más que en individuos que han padecido anteriormente otras manifestaciones escrofulosas: keratoconjuntivitis crónicas, blefaritis, impétigo del cuero cabelludo, coriza crónica, infartos ganglionares, etc. Todos han presentado en su infancia ligera gordura ó robustez precoz, ojos brillantes con párpados salientes y pestañas algo largas, así como la tez de muy buen color, con matiz ligeramente carmesí. Esta reunion de fenómenos, que pasan entre el público como signos de perfecta salud, no engaña el ojo práctico del Médico, y su comprobacion le hará sentar el diagnóstico, de linfatismo para el presente y de angina escrofulosa probable, despues de mayor ó menor plazo, si un tratamiento preventivo convenientemente instituido no llega á modificar este estado.

En la marcha de la angina escrofulosa es un hecho capital, y cuyo conocimiento puede tener una gran importancia en estos casos de diagnóstico difícil, la manera de presentarse y desarrollarse la enfermedad. La angina escrofulosa principia siempre por la parte superior de la cara posterior de la faringe; desde este punto se extiende primero hácia delante, al velo del paladar y pilares; despues suele tener algun tiempo de remision, y por último, se vé desde el punto de partida primitivo extenderse en una segunda exacerbacion

á la epiglotis, eminencias aritenóides y cuerdas vocales. La existencia del coriza crónico es una complicacion casi constante de la angina escrofulosa, y puede servir igualmente de elemento de diagnóstico. En ausencia de estos antecedentes escrofulosos hay un signo negativo muy importante, y sobre el cual creo útil insistir de nuevo á propósito del diagnóstico, que es la falta de signos funcionales: cuando se examina la garganta de un enfermo, que no se queja más que de sentir-la algo seca, y se comprueba la existencia de ulceraciones bastante extensas, no hay necesidad de evidenciar y examinar las glándulas voluminosas y violáceas, las ulceraciones lardáceas y las mucosidades adherentes, para poder afirmar, sin temor de equivocarse, que se trata de una angina escrofulosa.

Tratamiento de la angina escrofulosa.

El tratamiento de la angina escrofulosa debe dirigirse á la vez al estado local como al general.

Contra el estado local se ha acudido sucesivamente á todas las disoluciones cáusticas más ó menos violentas. En cierto número de casos la disolucion iodada ha dado buenos resultados al profesor Isambert.

Hé aquí la fórmula más empleada:

Iodo metálico.	15 á 25 centigramos.
Ioduro de potasio.	50 »
Glicerina.	10 gramos.

Aplicase tres ó cuatro veces por semana sobre las glándulas y superficies ulceradas.

La disolucion de cloruro de zinc al 1/30 ó al 1/50, dá buen resultado á veces contra las ulceraciones superficiales. En fin, cuando hay ulceraciones profundas y se desea modificar con energía las superficies ulceradas, puede emplearse la siguiente disolucion:

Acido crómico.	1 gramo.
Agua destilada.	20 gramos.

Es conveniente, sobre todo cuando hay que cauterizar superficies extensas, no emplear disoluciones más concentradas de ácido crómico.

Hace algunos años que empleo con frecuencia disoluciones creosotadas, y los resultados que he obtenido han sido favorables, sobre todo en los primeros períodos, en la faringitis seca y en la angina ulcerosa superficial; la fórmula que de ordinario me sirvo, es la siguiente:

Creosota pura.	1 gramo.
Alcohol.	20 gramos.
Glicerina.	20 »

Bajo la influencia de estas cauterizaciones, la faringitis seca es ventajosamente modificada, pero las glándulas hipertrofiadas se modifican muy poco.

Con objeto de obtener la disminucion de las glándulas he empleado una disolucion alcohólica de una planta del Brasil, la tuyuya, que se emplea en este país contra los infartos ganglionares sifilíticos. Mi experimentacion cuenta ya un buen número de casos, y hasta hoy es el medicamento que me ha dado resultados más favorables. Empleo este medicamento en disolucion alcohólica concentrada, y cada dia practico una embrocacion en la faringe; pero para activar su accion, me he visto obligado á acudir al mismo tiempo á las cauterizaciones con una disolucion de ácido crómico al 15, que practico una vez por semana. Este tratamiento mixto es el que os aconsejo empleeis, porque en algunos casos, el tratamiento por la tintura de tayuya sólo, no tiene accion bastante enérgica y no dá resultados bastante rápidos.

El tratamiento general es el complemento necesario del tratamiento local, y consistirá en preparaciones tónicas bajo todas las formas: carne cruda, vino de quina, vino de genciana, tisana y baños de hojas de nogal, jarabe de ioduro de hierro aceite de hígado de bacalao creosotado, así

como modificadores higiénicos generales, los baños de mar, el ejercicio al aire libre, el campo, etc.

Al interior hago tomar igualmente tintura de tayuya á la d6sis de 15 á 20 gotas por dia, pues una experiencia de más de dos años me ha enseñado que es un medicamento que está llamado á prestar grandes servicios contra todas las manifestaciones de la escrófula.

VIII.

Tercera variedad.—Angina de los tuberculosos ó tisis laríngea.

Esta enfermedad reclama un estudio muy detenido, tanto á causa de su gran frecuencia, como en razon á los resultados terapéuticos que es posible obtener por una medicacion aplicada con método y perseverancia.

La anatomía patológica de la tuberculosis, en sus localizaciones sobre los diferentes órganos, ha sido muy estudiada desde hace algunos años; no he de detenerme en detallar aquí las controversias que las diversas opiniones emitidas han ocasionado. Que me baste citar los notables trabajos de MM. Lepine, Grancher y Thaon, etc. Este punto es del dominio de la patología general, y ha sido objeto de nuestros anteriores estudios.

La tisis laríngea puede aparecer ya antes de toda manifestacion de tuberculizacion pulmonar,

ó bien cuando ya la auscultacion permite comprobar la presencia de signos tórácicos.

El exámen laringoscópico no nos permite apreciar diferencia alguna entre las lesiones comprobadas en ambas variedades de evolucion; no haremos, por consiguiente, estudio separado.

La distincion clínica de estas dos variedades de evolucion, tiene sin embargo una importancia capital bajo el punto de vista de la rapidez de la marcha y del pronóstico de la enfermedad; por esto consagraremos un capítulo especial á esta distincion, cuando estudiemos la marcha y el pronóstico de la tísisis laríngea.

Recorriendo la historia clínica de un enfermo de tísisis laríngea puede comprobarse un encadenamiento de síntomas cada vez más pronunciados, que sobrevienen de una manera continua y sin línea de demarcacion acentuada. Para facilitar el estudio, y bajo la reserva de este encadenamiento clínico de síntomas, nos será sin embargo posible dividir la evolucion de la tísisis laríngea en tres períodos:

- 1.º Período catarral ó epitelial.
- 2.º Período ulcerativo.
- 3.º Período necrósico.

Como característica de cada uno de estos pe-

riodos, hemos escogido el nombre de la lesion predominante en cada fase de la enfermedad.

1.º—*Período catarral ó epitelial.*

Hay un síntoma sobre el que los autores no han insistido suficientemente, y que aparece desde el principio del período catarral para acentuarse cada vez más, hasta los últimos períodos de la enfermedad: es este síntoma la decoloracion general y el tinte terroso de la mucosa buco-faringo-laríngea. Esta palidez, que tiene por causa la anemia, compañera inseparable de la tísisis, es muy característica y permite apreciar con facilidad los menores cambios de coloracion, provocados por el desarrollo ulterior de la enfermedad.

Otros dos síntomas no tardan en presentarse: la rubicundez con ligero espesor de la mucosa, y el aspecto velvético de la comisura posterior.

La rubicundez puede presentarse sobre todas las partes de la laringe; pero tiene por sitio de predileccion y de origen, las cuerdas vocales inferiores. Esta rubicundez está raras veces generalizada á toda la superficie de las cuerdas vocales; de ordinario está localizada por placas que se presentan en el borde libre de las cuerdas; es más pronunciada cerca de la extremidad posterior, hecho que es característico, y que puede ser alguna vez de un

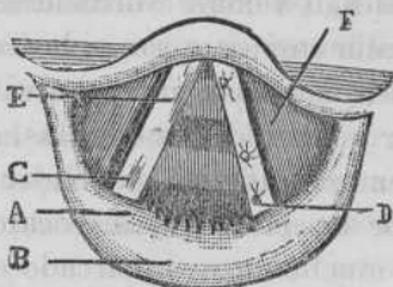
gran valor para el diagnóstico. El aspecto de esta rubicundez puede presentarse bajo varias formas diversas: ya son estrías paralelas á lo largo de las cuerdas vocales, ya como verdaderas pinceladas, y lo más frecuentemente son arborizaciones vasculares, presentando su centro al nivel de las glándulas del borde libre de las cuerdas. Acompaña á la rubicundez una infiltracion celular que produce ligero espesor de las cuerdas vocales, pero este síntoma es mucho menos marcado en el período catarral de la tísisis laríngea, que en la angina catarral crónica simple.

Cuando en un período más avanzado de la enfermedad ha desaparecido la rubicundez, se reemplaza por un tinte particular de las cuerdas vocales, que perdieron su aspecto brillante y nacarado, parecen empañadas, algo espesas y desiguales, se vé su superficie como deslustrada, lo que es debido á la caída del epitelium.

Después de las cuerdas vocales, es la comisura posterior el punto de asiento más frecuente de la rubicundez; y como en este sitio el tejido celular sub-mucoso es ménos denso que en las cuerdas vocales, la rubicundez se acompaña ordinariamente de tumefaccion y ligero edema inflamatorio. La comisura posterior es entonces sitio de un síntoma nuevo y particular en esta region, el *aspecto velvético*.

La figura que sigue os permitirá ver en con-

junto estas diferentes lesiones, y os dará más clara idea del aspecto tan particular que al exámen laringoscópico presenta el aspecto velvético.



- A. Aspecto velvético de la comisura posterior.
- B. Ligerio edema de las eminencias aritenóides.
- C. Rubicundez en forma de pincelada de la parte posterior de las cuerdas vocales.
- D. Glándulas hipertrofiadas, cerca del borde libre de las cuerdas vocales.
- E. Rubicundez localizada á la parte anterior de las cuerdas vocales, cerca de la comisura anterior.
- F. Edema de las bandas ventriculares ó cuerdas vocales superiores.

Se dá el nombre de *aspecto velvético* á pequeñas eminencias muy aproximadas, especie de vellosidades blanquecinas, semejantes al terciopelo de Utrech, de tejido grueso; de aquí el nombre de velvético. Para apreciar este aspecto fácilmente, hay que mirar la comisura en el momento en que el enfermo, despues de haber emitido un sonido, separa ligeramente las cuerdas vocales para poder respirar. El momento en que es más fácilmente apreciable corresponde á la separacion incompleta, separacion media de las cuerdas vocales.

La comprobacion del aspecto velvético ha sido considerada durante muchos años como un signo patognomónico de la tisis laríngea; pero nuevas observaciones han venido á demostrar que si este síntoma se halla casi siempre en la tisis laríngea, puede igualmente presentarse en otras variedades de laringitis, y cuando estudiemos la angina artrítica podremos igualmente comprobar la presencia de este aspecto particular de la comisura posterior.

¿Cuál es la naturaleza de estas vellosidades? ¿Son las papilas del dermis que se hipertrofian, ó bien son debidas á una tumefaccion de las glándulas de esta region, con hipersecrecion de la glándula y obliteracion de su orificio, ó son debidas á la presencia de granulaciones tuberculosas? Es este un *desideratum* que la anatomía patológica, difícil de estudiar en este período, no ha llenado aún. Creo, sin embargo, que si cada una de estas tres hipótesis toma parte en la formacion del aspecto velvético, las dos últimas son sus causas más ordinarias en la tisis laríngea. Esta etiología del aspecto velvético de la tuberculosis me permite explicar por qué los granitos son más gruesos en esta afeccion que en la angina artrítica, en la cual es aquel aspecto ordinariamente ocasionado por la hipertrofia de las papilas y la tumefaccion más considerable de la mucosa, cuyos

pliegues serán entónces más marcados durante la separacion incompleta de las cuerdas vocales.

Este carácter diferencial, que desgraciadamente es á veces difícil de apreciar, permitiría precisar mejor el diagnóstico, porque el aspecto velvético de granitos mayores seria la característica de la tisis laríngea.

Estos síntomas del primer período se generalizan poco á poco á las eminencias aritenóides y cara posterior de la epiglotis, y al mismo tiempo se acentúan cada vez más, la esfoliacion epitelial gana en profundidad y vemos sobrevenir las lesiones del segundo período.

2.º—*Período de ulceracion.*

Al mismo tiempo, y como consecuencia de las ulceraciones del segundo período, vemos aparecer nuevos síntomas: la supuracion y el edema mucho más considerable.

El lugar de preferencia de las ulceraciones de la angina de los tuberculosos es las cuerdas vocales, y principalmente su borde libre. Cuando se abandona á su evolucion natural la enfermedad, las ulceraciones del borde libre persisten al mismo tiempo que las lesiones invaden las otras partes de la laringe; de suerte que toda ulceracion aisla-

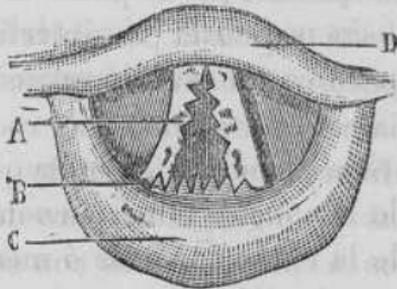
da de otra region que no sea las cuerdas vocales, debe alejar la idea de tuberculosis.

Son las ulceraciones al principio superficiales y limitadas exactamente á la parte de las cuerdas vocales, que está tapizada por epitelio pavimentoso; poco á poco ganan en superficie y profundidad; ordinariamente entonces se rodean de un borde algo saliente, que es causa de que parezcan más profundas y tengan el aspecto de úlceras de bordes tallados á pico, hechos con sacabocados. En la parte de la otra cuerda vocal, simétrica á esta primera ulceracion, se forma una lesion correspondiente, debida sin género de duda á la inoculacion directa, pero la evolucion aquí es diferente; no se comprueba, como en la primera cuerda enferma, una úlcera entre dos bordes salientes, sinó por el contrario, una parte central vegetante situada entre dos úlceras. Este doble fenómeno, en sentido contrario, permite á las dos cuerdas vocales el poderse aproximar á pesar de la presencia de estas vegetaciones.

Las diversas fases de este trabajo ulcerativo, se reproducen por la evolucion ulterior de la enfermedad sobre una parte más ó ménos considerable del borde libre de las cuerdas vocales, pudiendo presenciar la formacion de lo que se ha llamado *aspecto serrático* ó de diente de sierra, y se ven entonces las dos cuerdas vocales encajar

recíprocamente como las dos ruedas de un engranaje.

La figura siguiente os presenta el aspecto de la laringe en este segundo período:



- A. Aspecto serrático de las cuerdas vocales.
- B. Aspecto velvético de la comisura posterior.
- C. Edema de las eminencias aritenóides.
- D. Edema de la epiglotis.

Esta confrontación ó encaje de las cuerdas vocales presenta una gran ventaja, bajo el punto de vista de la emisión de los sonidos, y estas vegetaciones, que vienen á llenar los vacíos producidos por las ulceraciones, es seguramente un medio de defensa fisiológica del organismo contra la pérdida del órgano más importante de la vida de relación.

Todos los días vemos, en efecto, enfermos con numerosas úlceras de tisis laríngea que siguen hablando, sinó con toda la pureza apetecible, al menos con mucha más facilidad de la que haría suponer el estado de sus cuerdas vocales. Sin este encaje recíproco se produciría en el sitio de la úl-

cera un vacío que, dejando salir el aire, haria imposible la emision de la palabra.

Por los progresos de la enfermedad las ulceraciones invaden poco á poco las otras partes de la laringe, pero sin presentar carácter alguno particular que merezca un estudio especial.

La supuracion principia al mismo tiempo que las úlceras, de las que es consecuencia, y aumenta en razon de la extension más ó ménos considerable ó de la profundidad mayor ó menor de estas ulceraciones. Al exámen laringoscópico se puede en ciertos casos graves comprobar que la laringe está completamente bañada por el pús que oculta entonces completamente las úlceras; cuando es menos abundante parece el pús localizado principalmente en las bandas ventriculares, en la proximidad de los ventrículos y en la parte media de las eminencias aritenóides.

A la ligera tumefaccion que hemos señalado en el primer período, sucede una tumefaccion y un edema cada vez más pronunciado. El edema, que siempre permanece menos marcado en las cuerdas vocales, por consecuencia de la adherencia de la mucosa al tejido fibroso subyacente, puede adquirir proporciones considerables sobre los puntos cubiertos por tejido celular muy flojo: las eminencias aritenóides, las bandas ventriculares y la

epiglotis. La abertura superior de la glotis se estrecha cada vez más, toma el aspecto de un fimosis ó de un parafimosis, y se puede en ciertos casos hallar, como consecuencia de este estado, fenómenos de sofocacion y de asfixia.

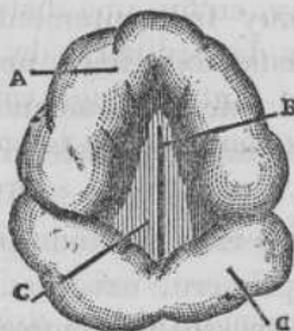
En este período de la enfermedad, la voz está raras veces apagada, y sólo sí cambia su timbre; pero la tos es muy frecuentemente incesante y muy penosa, y cuando se hace una úlcera en la epiglotis, sufre el enfermo á menudo una disfagia bastante intensa para impedirle tomar todo alimento.

Al principio de este segundo período, y aún desde el fin del primero, existe en algunos casos una tos seca por accesos frecuentes, muy penosa, que está relacionada con ulceracioncitas de los granillos que constituyen el aspecto velvético de la comisura posterior; más tarde, cuando se establece francamente el período de supuracion, la tos es ménos seca y hay expectoracion de *moco-pús*.

3.º—*Período necrósico.*

Las úlceras, que cada vez se hicieron más profundas, invaden las partes próximas á los cartílagos de la laringe, y por último, los mismos cartílagos, y ocasionan pericondritis y eliminacion ulterior de estos cartílagos. Consecuencia de esta necrosis, la parte de la laringe que á ella corres-

ponde se estrecha poco á poco, á causa de la eliminacion de su sosten cartilaginoso. Cuando las articulaciones de los cartílagos aritenóides son invadidas por el trabajo inflamatorio, se produce la anquilosis de esta articulacion, y como efecto una parálisis mecánica de la cuerda vocal correspondiente.



- A. Edema de la epiglotis.
- B. Abertura de la glotis.
- C. Edema de las bandas ventriculares.
- D. Edema de las eminencias aritenóides.

Al exámen laringoscópico, cuando no está muy extendido el trabajo necrósico, puede verse una tumefaccion localizada y en forma de pirámide, con rubicundez muy pronunciada de la base de esta pirámide, permitiendo la presencia de este síntoma diagnosticar la formacion de un acceso profundo, y afirmar que se prepara un trabajo de exfoliacion de una parte del cartilago. Cuando la parte necrosada es más extensa, la acompaña un edema considerable, que enmascara la evolucion,

y en ciertos casos este edema puede adquirir proporciones tales, que la intervencion quirúrgica es el único medio de evitar una asfixia inminente.

En este período de la enfermedad la afonía es completa, la tos debilitada, la respiracion difícil, y algunas veces existe un verdadero resoplido (*cornage*) (1); hay, en fin, una disfagia muy penosa, acompañada de ordinario de vómitos. Todo este conjunto de síntomas agrava singularmente la situacion del enfermo, y si los medios terapéuticos no triunfan rápidamente, sobreviene la muerte en un corto plazo.

Marcha y pronóstico de la tisis laríngea.

Como hemos visto al principio de este estudio, la tisis laríngea puede presentarse antes de toda manifestacion pulmonar, ó bien cuando las lesiones pulmonares están ya caracterizadas.

Cuando es *primitiva*, hay que estudiar dos formas: en la primera la afeccion se presenta simultáneamente en varios puntos del aparato faringo-laríngeo, pudiéndose entonces asistir al nacimiento de un verdadero semillero de finas granulaciones tuberculosas que invaden al mismo tiempo, ó en

(1) Voz que no tiene análoga en español; significa un ruido especial que hacen algunos caballos cuando corren ó trotan largo.—(N. del T.)

algunos días, las cuerdas vocales, las bandas ventriculares, las eminencias aritenóides, la epiglotis, el velo del paladar, y aún algunos puntos de los pilares. Esta forma de la enfermedad, de pronóstico muy grave, se vé casi siempre sobrevenir con lesiones pulmonares, que evolucionan con la rapidez de la tisis galopante.

En la segunda forma la afección es más discreta, no interesa al principio más que las cuerdas vocales, y sigue con mayor ó menor lentitud las diferentes fases de los tres períodos de la tisis laríngea, que hemos estudiado en todos sus detalles, siendo su evolución más ó ménos precipitada, por la aparición más ó ménos rápida de los signos de tuberculización pulmonar.

Cuando la tisis laríngea es secundaria, puede coincidir ya con lesiones pulmonares del primero ó segundo grado, ya con lesiones del tercer grado. En el primer caso, la marcha de la enfermedad es generalmente mucho más lenta y el tratamiento mucho más eficaz.

En el segundo caso, y sobre todo cuando existen cavernas bastante numerosas ó extensas en los vértices, la tisis laríngea se pone rápidamente al nivel de las lesiones pulmonares, y pasados los dos primeros períodos viene el necrótico con todo su cortejo de accidentes graves. Parece entonces que las dos afecciones se estimulan recípro-

camente, y en estos casos, lejos de haber podido notar la especie de movimiento de báscula que varios autores han admitido, he observado siempre, por el contrario, que toda agravacion en el estado de una de estas dos localizaciones parecia ser un estimulante para la otra, haciendo así mucho más rápida la terminacion fatal; y por el contrario, todo alivio en una de ambas afecciones, iba acompañado frecuentemente de una remision tambien sensible en la otra. Sin entrar á detallar las observaciones que han motivado esta manera de ver, puedo citaros el ejemplo de los vómitos ocasionados por las ulceraciones de la epiglotis: cuando bajo la influencia de aplicaciones tópicas locales se curan las úlceras, los vómitos cesan y se hace posible la alimentacion del enfermo, que estaba dificultada por la presencia de estas ulceraciones; como consecuencia inmediata, el estado general del enfermo se mejora, ó al menos se deteriora con menos rapidez.

Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico de la tisis laríngea, que es siempre fácil en un período algo avanzado de la enfermedad, puede presentar al principio grandes dificultades, sobre todo al hallarse en presencia de una tisis laríngea de forma primitiva. Es importante recordar que el principio de la afeccion tie-

ne lugar siempre por las cuerdas vocales, y aún por un punto limitado de estas cuerdas, en la region próxima al borde libre; los puntos enfermos están siempre localizados, y la afeccion tiene desde el principio más tendencia á extenderse en profundidad que en superficie. Al mismo tiempo, ó poco despues de la aparicion de estas manifestaciones en las cuerdas vocales, se vé aparecer el aspecto velvético de la comisura posterior; este aspecto velvético tiene los granitos muy finos; es de coloracion blanquecina, y no se acompaña de ordinario más que de un edema muy poco marcado de las eminencias aritenóides.

A la inspeccion de estos síntomas locales es preciso no olvidar nunca añadir el exámen del estado general del enfermo; examinar si hay pérdida de fuerzas, demacracion, fatiga, traspiraciones frecuentes y localizadas. En fin, es preciso no olvidar aquella palidez y aspecto terroso de la mucosa de la bóveda palatina, porque este síntoma es con frecuencia muy pronunciado desde el principio de la afeccion.

En el período necrósico, será á menudo difícil hacer el diagnóstico diferencial con la laringitis sífilítica, por el exámen de la laringe; pero entónces la presencia de cavernas en los vértices de los pulmones destruye todo género de duda.

Tengo que añadir que con frecuencia se hallan

en el mismo enfermo unidas afecciones sifilíticas y tuberculosas, y en este caso he notado, según un gran número de observaciones, que casi todos los tísicos en los que se vé sobrevenir accidentes muy graves de la laringe, habian anteriormente padecido sífilis; ¿no será esto más que una simple coincidencia de mi estadística personal? Yo creo que la reunion sobre el mismo individuo de estos dos estados morbosos, que uno y otro están con frecuencia caracterizados por manifestaciones laríngeas, provoca casi fatalmente lesiones más precoces y más graves de la laringe, por el hecho mismo de la existencia de antiguas lesiones sifilíticas, que constituyen entónces una llamada para la localizacion laríngea de la tuberculosis.

Tuberculosis miliar faringo-laríngea.

Estudiando la evolucion de la tísis laríngea, hemos hablado de una forma primitiva que está caracterizada por la aparicion rápida y simultánea de numerosas granulaciones sobre los diferentes puntos de la laringe y aún de la faringe. En ciertos casos, estas granulaciones tuberculosas, en lugar de principiarse por la laringe, se presentan primero en el velo del paladar y los pilares, é imprimen entónces á la enfermedad una fisonomía bastante especial para requerir por parte nuestra una descripcion particular.



Al principio sufren los enfermos dolor, sentimiento de ardor en la garganta y dificultad en la deglucion. El exámen de la faringe muestra entónces un semillero muy abundante de granulaciones grises semi-transparentes, del volúmen de huevos de pescado, que invaden rápidamente el velo del paladar, la úvula, los pilares y áun las amígdalas, y poco á poco estas granulaciones se hacen más voluminosas y se ulceran.

Al tacto se puede sentir una especie de tumefaccion general en toda esta region, y el relieve de las granulaciones, que son muy duras, puede verse con facilidad. A la vez el dolor y la disfagia aumentan, y el trabajo ulcerativo, limitado al principio á las capas superficiales, invade poco á poco las partes más profundas.

La epiglotis y la laringe no son invadidas por las granulaciones hasta un período bastante avanzado de la enfermedad, y cuando el trabajo ulcerativo está ya muy acentuado en la faringe. Sin embargo, ocurre la muerte ordinariamente ántes que hayan podido producirse grandes destrozos; pero entónces esta terminacion fatal no depende de accidentes laringeos graves, sinó de los progresos de la infiltracion pulmonar con los diversos síntomas de la tísisis galopante.

En algunos casos presenta esta afeccion ménos rapidez en su marcha; pero conserva el curso especial y los accidentes de disfagia, que con justa

razon indujeron á nuestro maestro Isambert á decir que es la forma maligna de la tuberculosis de la garganta.

Tratamiento de la tisis laríngea.

Debe ser el tratamiento local y general á la vez. La observacion de un gran número de enfermos, nos ha demostrado que durante los dos primeros períodos de la afeccion el tratamiento puede ser muy eficaz y conseguir, cuando se continúa con perseverancia, sinó una curacion absoluta, al menos un alivio muy grande. Las lesiones del tercer período, son muy poco influenciadas por la medicacion; pero las aplicaciones locales presentan, sin embargo, la ventaja, áun en este caso, de aliviar con frecuencia al enfermo y de retrasar la presentacion de accidentes más graves.

Todo el arsenal terapéutico ha sido ensayado en la tisis; pero no es mi intencion enumeraros los diferentes tratamientos preconizados. Como tratamiento general, hago uso, en el mayor número de casos, de las preparaciones creosotadas. Los resultados consignados en la Memoria de los Doctores Bouchard y Gimbert, los publicados en las tesis de mis discípulos y jefes de la clínica Hugues y Pelan, así como el trabajo que publiqué en 1878, en la *Gazette des Hopitaux*, han de-

mostrado los felices resultados de esta medicacion, que hago seguir, ya bajo la forma de:

Cápsulas de aceite de hígado de bacalao, conteniendo 5 centígramos de creosota pura por cápsula.

O aceite de fabuco creosotado, conteniendo de 25 á 50 centígramos de creosota por cucharada de sopa.

O tambien elixir creosotado, formulado así:

Creosota pura.	13 gr. 50
Alcohol de Montpellier.. . . .	260 gr.
Jarabe de corteza de naranja.	200 gr.
Agua para completar un litro.	

Para tomar á cucharadas de sopa en un vaso de agua ó tisana, á la dosis de dos á cuatro cucharadas por dia.

Cada cucharada contiene 20 centígramos de creosota pura.

La dosis de creosota que hago tomar á los enfermos cada dia en estas diferentes preparaciones varía, segun los casos, entre 40 centígramos á un gramo 50. Pero hay dos condiciones esenciales cuando se administra la creosota: primero, no emplear más que creosota bien pura y exenta de ácido fénico, lo que desgraciadamente es muy difícil de obtener en la droguería; y en segundo lugar, no usar más que preparaciones en las que la creosota esté perfectamente disuelta.

He observado que las preparaciones creosota-

das dan muy buenos resultados, sobre todo en las formas tórpidas de la tisis, y particularmente en los individuos de constitucion escrofulosa; en los nerviosos y en las formas rápidas de la enfermedad, por el contrario, esta medicacion no es siempre bien soportada y no dá resultados tan favorables.

En muchos casos acudo al mismo tiempo al arseniato de sosa á la d6sis de seis á diez miligramos por dia, 6 á una preparacion de lactofosfato de cal, y cuido de asociar las pociones calmantes y otras preparaciones usadas en estos casos, que no creo 6til detenerme á detallar, porque su estudio me separaria de mi principal objeto: de la tisis lar6ngea.

Tratamiento local.—Al principio de la tisis lar6ngea, y principalmente cuando se trata de un estado inflamatorio de la comisura posterior, hago uso de una disolucion morfina:

Hidroclorato de morfina.	1 gr.
Glicerina.	20 gr.

Para aplicaciones locales en la laringe, todos los dias 6 á lo menos cada dos.

Practico al mismo tiempo dos veces por semana cauterizaciones lar6ngeas con la mezcla siguiente:

Creosota pura.	1 gr.
Alcohol.	25 gr.
Glicerina.	75 gr.

En este primer período, es algunas veces preferible no practicar las cauterizaciones con la glicerina creosotada, sinó usar el cloruro de zinc en la siguiente fórmula:

Cloruro de zinc.	0 gr. 50
Agua destilada.	10 gr.
Glicerina.	40 gr.

Para aplicaciones laríngeas, todos los días ó al menos cada dos días.

Estas últimas cauterizaciones están indicadas, sobre todo en los casos en que el laringoscopio deja ver en el aparato vocal un estado inflamatorio bastante generalizado, con ligera tumefaccion de las eminencias aritenóides.

Durante todo el segundo período y el principio del tercero, uso las mismas aplicaciones; pero aumentando progresivamente la dosis de la creosota, hasta la fórmula siguiente:

Creosota pura.	1 gr.
Alcohol.	20 gr.
Glicerina.	30 gr.

Bajo la influencia de estas aplicaciones locales se produce una primera modificacion, que tiene una importancia terapéutica considerable; despues

de dos ó tres cauterizaciones con la glicerina creosotada, veis el aspecto general de laringe modificarse; la laringe ya no está bañada de pús, como lo estaba antes de estas cauterizaciones, y la supuración parece detenida ó al menos disminuida, lo que prueba una detención inmediata en la marcha progresiva de la enfermedad.

Continuando estas cauterizaciones, al cabo de un tiempo más ó menos largo, según el período más ó menos avanzado de la enfermedad, se vé que tienen lugar las siguientes modificaciones:

Los mamelones carnosos, que constituyen el aspecto serrático de las cuerdas vocales, se deprimen poco á poco y disminuyen de volúmen; la parte profunda de las ulceraciones es menos roja, menos inflamada, y se cubre en sus bordes de mamelones carnosos. A consecuencia de estos fenómenos, los picos de las cuerdas vocales se hacen menos aparentes, y gradualmente éstas, cada vez con menos escotaduras, tienden á adquirir su forma rectilínea; pero, sin embargo, lo más frecuentemente no adquieren nunca su forma primitiva, y se vé persistir un engrosamiento de su parte media que les dá el aspecto de colgaduras medio levantadas, aunque sin que constituya obstáculo para la emisión de la voz en las necesidades ordinarias de la conversación.

En el período terciario, además del tratamien-

to local por la glicerina creosotada al 1/50, hay necesidad, cuando hay edema, de acudir á cauterizaciones con una disolucion de ácido crómico al 1/12 ó al 1/10; al mismo tiempo, sobre todo cuando hay disfagia, se hacen aplicaciones locales de glicerina morfinada al 1/20.

En algunos casos de disfagia con ulceracion muy limitada de la epiglotis, he hecho uso de aplicaciones de colodion morfinado que, constituyendo un barníz protector á la ulceracion, facilitó á los enfermos el paso de los alimentos sobre la superficie ulcerada; pero este proceder operatorio tiene aplicaciones muy limitadas, y no puede servir más que en casos muy excepcionales.

Para completar la accion de estas diversas cauterizaciones, hago igualmente uso de pulverizaciones calientes practicadas una ó dos veces por dia. Al principio, y sobre todo cuando hay tos espasmódica, empleo una pulverizacion calmante que formulo así:

Bromuro de potasio.	10 gr.
Hidroclorato de morfina.	0 gr. 20
Agua.	100 gr.

Una cucharada grande para cada pulverizacion.

A veces añado á esta fórmula un poco de arseniato de sosa, que se absorbe así directamente

por las mucosas y obra de una manera mucho más eficaz sobre la secreción de los bronquios.

Pulverización.

Arseniato de sosa..	0 gr. 20.
Hidroclorato de morfina.	0 gr. 20.
Glicerina..	50 gr.
Agua.	100 gr.

Una cucharada grande para cada pulverización.

Cuando tengo necesidad de activar la acción de las cauterizaciones con la creosota, hago que al mismo tiempo usen pulverizaciones creosotadas; pero entónces es preferible no emplear más que soluciones bastante débiles, para no producir escozor en los labios y parte anterior de la lengua, que los toca directamente el líquido pulverizado; hé aquí la fórmula que ordinariamente empleo:

Creosota pura..	1 gr.
Alcohol..	25 »
Agua..	125 »

Una cucharada ordinaria para cada pulverización.

Cuando están indicadas las aguas minerales es conveniente, á la vez que se toman al interior, emplearlas en pulverizaciones, ya sean las aguas sulfurosas de Enghien, ó ya las aguas de los Pi-

rineos, Aguas Buenas ó Luchon, ó ya, en fin, las de Auvergne, Mont Dore ó Bourboule. Si hay tendencia á las hemoptisis, es muy importante proscribir las pulverizaciones de aguas sulfurosas, ó al ménos emplearlas con muchísima reserva.

En fin, si por una complicacion, edema de las eminencias aritenóides ó de la epiglotis, ó un acceso bastante voluminoso, se producen fenómenos de asfixia, puede ocurrir que sea necesario practicar la traqueotomía; pero en este caso no es otra cosa que un paliativo que sólo por poco tiempo puede prolongar la vida del enfermo. Esta operacion no ofrece ventajas reales más que en los casos en que los fenómenos graves que la reclaman sobrevienen ántes de que las lesiones pulmonares estén muy avanzadas.

IX.

Cuarta variedad.—Angina artrítica.

En el estudio de la angina artrítica, podemos considerar dos variedades ó formas distintas, la forma aguda y la crónica:

Primera.—Angina artrítica de forma aguda.

Así como durante la evolución del reumatismo articular agudo, vemos fluxiones por parte del pericardio y endocardio, de las pleuras, de las meninges ó tambien erupciones cutáneas, era natural buscar manifestaciones análogas en la mucosa faringo-laríngea. Este estudio ha estado durante mucho tiempo descuidado, siendo la causa el que lo más ordinariamente esta angina se presenta desde el principio de la enfermedad, y aún en algunos casos constituye la primera manifestacion, cuando la atención del Médico no se ha fijado aún sobre la naturaleza de los accidentes ulteriores.

El enfermo siente malestar, acompañado de fiebre bastante intensa, y se queja de que los movimientos del velo del paladar son dolorosos. A la inspeccion se percibe una rubicundez difusa con edema bastante pronunciado de la úvula; poco á poco la rubicundez se extiende á los pilares y á las amígdalas. Un exámen superficial pudiera hacer creer se trataba de una erisipela; pero una observacion más atenta, hace reconocer que en el caso de angina artrítica la rubicundez está menos limitada, es más difusa y no tiene el reborde característico que la limita bruscamente en la erisipela; además, los ganglios submaxilares están muy raras veces infartados, y la invasion no vá acompañada del violento escalofrío, ni de los cambios gástricos que señalan la invasion de la erisipela.

Tiene esta angina una duracion media de seis á ocho dias, y lo más frecuentemente, hasta el fin de su evolucion, no se presentan las primeras manifestaciones del reumatismo articular. En su tratado de las anginas, el profesor Laségue cita varias observaciones de enfermos, en los que la fluxion articular no se presentó hasta la desaparicion de la angina.

En algunos casos la afeccion no queda limitada á la faringe; se propaga, ya á la nariz, produciendo un coriza seco ó tumefaccion del orificio de

la trompa de Eustaquio, que ocasiona zumbidos y dolores de oídos, ya á la laringe: se puede en este caso observar la voz ronca, un poco de tos, y el exámen laringoscópico permite apreciar ligera rubicundez de todo el aparato laríngeo; pero es mucho menos acentuada y menos viva esta rubicundez que en la faringe.

Hay otra manifestacion reumática que puede igualmente presentarse en la laringe, y es el reumatismo de una de las articulaciones laríngeas. Es muy rara esta afeccion; un Médico militar, el Doctor Liberman, ha publicado una observacion bastante detallada, en la que las dos articulaciones crico-aritenóideas sufrieron sucesivamente. El exámen laringoscópico hizo observar la rubicundez, la tumefaccion y la inmovilidad de la articulacion que dificultaba los movimientos de la cuerda vocal correspondiente que quedaba casi inmóvil en semi-separacion, y como consecuencia, tenia el enfermo algo ronca la voz y disfonia.

Los caracteres especiales que dan á la angina artrítica aguda su fisonomía característica, y permiten sentar un diagnóstico exacto, áun en ausencia de localizacion articular, son los siguientes:

Invasion rápida de la enfermedad; tumefaccion edematosa considerable; la rubicundez no está tan perfectamente limitada como en la erisipela, sinó que disminuye progresivamente y desaparece, de-

creciendo de un modo gradual del centro á la circunferencia. Por el tacto es como principalmente se puede percibir con facilidad el edema, que es carácter distintivo de la angina artrítica aguda. La presión del dedo hace desaparecer la rubicundez durante algunos instantes.

Esta rubicundez edematosa cambia con gran facilidad de lugar, y su desaparición de un punto se verifica bruscamente, sin dejar señales, lo mismo que la invasión de otro punto tiene lugar con igual rapidez. Algunas veces la rubicundez puede propagarse á las amígdalas, pero nunca por ellas principia; este hecho es importante, porque puede en ciertos casos ser bastante para afirmar el diagnóstico.

La angina artrítica aguda no sobreviene nunca durante el período de evolución del reumatismo, sino que, por el contrario, se presenta como signo prodrómico y antes de toda manifestación articular. Es, pues, importante precisar bien su diagnóstico diferencial, porque la observación de esta angina permite pronosticar en un plazo de dos á cuatro semanas la evolución de un reumatismo articular.

Tratamiento.

Debe ser á la vez local y general. Localmente se deben prescribir los tópicos astringentes y los

cáusticos, aunque sean muy diluidos: los emolientes, gargarismos y colutorios mucilaginosos, son muy convenientes y alivian las molestias del enfermo. En los casos muy dolorosos, se puede ventajosamente acudir á un colutorio con morfina.

Glicerina.	40 gramos.
Hidroclorato de morfina.	1 gramo.

O tambien gargarizarse con cocimiento de malvabisco, bastante espeso, mezclado con una cucharada pequena del colutorio precedente.

Las aplicaciones calmantes ó astringentes sobre la piel, no dan ningun resultado.

Tratamiento general.—Al principio laxantes ó purgantes ligeros; bebidas emolientes en abundancia, alimentos líquidos ó semi-sólidos.

Cuando se tiene certeza del diagnóstico de angina artrítica, no debe tardarse en administrar desde luego dosis bastante fuertes de salicilato de sosa, de dos á tres gramos por día. Con esta medicacion, si no se detiene la evolucion de la enfermedad, se logra al menos casi siempre disminuir los sufrimientos del enfermo y las manifestaciones articulares posteriores adquieren menos intensidad.

El tratamiento por el sulfato de quinina ha sido empleado en varios casos; pero el profesor

Laségue no ha obtenido con él ningun resultado favorable.

Segunda forma.—Angina artrítica crónica.

No son los estudios sobre la angina artrítica crónica bastantes aún, y sobre todo no han sido hechos en el mismo individuo por un período bastante largo, para que sea posible hacer una descripción metódica que comprenda los síntomas del principio y la evolución progresiva de las diversas lesiones comprobadas.

Este progreso no podrá realizarse hasta que se haya podido seguir la marcha de esta afección en un gran número de enfermos; y como la evolución es muy lenta, el estudio de esta variedad de angina aún exige bastante tiempo para ser completo.

Fundados, sin embargo, en cierto número de casos hasta hoy observados, podemos hacer la enumeración de los síntomas principales, que son la característica de la angina artrítica crónica; la reunión de estos síntomas nos permitirá sentar el diagnóstico de una manera precisa.

Signos locales.—Sobre la faringe se observa rubicundez de carmin en la mucosa con reflejos opalinos en ciertos puntos. Se destacan sobre este fondo un gran número de glándulas poco volumi-

nosas, de color de carmin muy vivo y rodeadas de una red vascular roja bastante fina, que presenta muy pronunciado ese aspecto flexuoso y jaspeado, propio de las varices de otras regiones. En los enfermos que fuman ó están expuestos á frecuentes irritaciones de la garganta, puede observarse además en las partes laterales glándulas mucho más voluminosas, pero que sin embargo no presentan el aspecto y tinte violáceo de las glándulas de la angina escrofulosa.

En la laringe hallamos en las cuerdas vocales rubicundez bastante localizada y constituida por estrías pequeñas trasversales, cuyo asiento más frecuente es en la proximidad de las comisuras anterior y posterior de las cuerdas vocales. En el sitio de la rubicundez, se puede observar con buena luz y un poco de atención, que el aspecto nacarado de la cuerda vocal ha desaparecido, y el epitelio está levantado. Están además las cuerdas vocales algo tumefactas, y al exámen laringoscópico, en lugar de presentarse en forma de dos bandas aplastadas, parecen redondeadas; este aumento de volúmen no está sólo limitado á los puntos sobre los cuales se observan placas rojas, sinó que se extiende más ó ménos á toda la longitud de las cuerdas vocales.

La cara posterior de la epiglotis, que en estado normal presenta siempre una coloracion algo más

fuerte que las demás partes de la laringe, adquiere un tinte mucho más vivo y se hace desigual, lo que le dá un aspecto granuloso. Con la luz de la lámpara, que cae muy oblicuamente sobre esta cara de aspecto granuloso, se vé de una manera clara el contraste de partes de un rojo de carmin muy oscuro al lado de otras más claras que dan un reflejo opalino.

En la comisura posterior, hallamos un aspecto particular, que no se encuentra más que en esta enfermedad y en la tisis laríngea; este síntoma es el aspecto velvético.

Estudiando este aspecto velvético en el capítulo de la tisis laríngea, admitimos que podia ser debido á tres causas diferentes:

- 1.º La hipertrofia de las glándulas;
- 2.º Las granulaciones tuberculosas;
- 3.º La hipertrofia de las papilas de la mucosa.

Hemos reconocido que si los dos primeros modos de formacion del aspecto velvético son especiales de la tisis laríngea, el último es característico de la angina artrítica. Pero en razon de su modo diferente de formarse, los caracteres del aspecto velvético varían segun los casos, y pueden ser elemento del diagnóstico diferencial.

El aspecto velvético de la tisis laríngea es más grueso, con frecuencia tiene el aspecto de verru-

guitas ligeramente pediculadas. El de la angina artrítica es por el contrario más fino; se presenta bajo la forma de elevaciones pequeñas, delgadas en el vértice y más anchas en la base; suele presentarse este aspecto en toda la longitud de la comisura posterior, y en algunos casos es más pronunciado en la proximidad de las partes posteriores de las cuerdas vocales.

Cuando se hace abrir la boca á un artrítico para hacer el exámen de su faringe, se puede observar un aspecto especial de un órgano vecino, la lengua, y este síntoma puede guiar al médico para sentar el diagnóstico ó para ratificarle si ya se hubiera hecho. Este estado de la lengua, sin ser una regla tan absoluta como lo quiso establecer mi maestro Isambert, es sin embargo, un síntoma muy frecuente y ordinario de la angina artrítica.

Sin entrar en los detalles circunstanciados de las diversas formas de lesiones observadas en la lengua, cuyo estudio ha motivado la descripción de las variedades de pytiriasis, de eczema y de psoriasis de la lengua, lesiones que han sido estudiadas por Bazin, y que son objeto de la muy interesante tésis inaugural del Dr. Debore, puedo resumir diciendo que los síntomas más característicos son un aspecto de felpa en la lengua, con coloracion de café con leche ó amarillo ocre; resulta este aspecto de la prolongacion de las papi- las, se forman además algunas veces hendiduras

en los bordes y parte media de la misma, y en algunos puntos la felpa parece cortada, hay allí descamacion epitelial y la lengua toma el aspecto de cartas geográficas teñidas de diferentes colores. Se puede á la vez comprobar sobre diversos puntos de ella la existencia de vegetaciones papilares voluminosas, que se parecen á las papilas caliciformes de la V lingual.

En la nariz se observa un coriza crónico con viva rubicundez y sequedad de la mucosa; está localizado principalmente el coriza á la parte posterior de las fosas nasales, y sienten los enfermos con frecuencia la sensacion de un cuerpo extraño detrás de la úvula, siendo muy marcada principalmente esta sensacion despues de la impresion de aire frio y húmedo, ó bajo la influencia de un cambio en el estado atmosférico.

Los enfermos que sufren esta variedad de coriza crónico, están sujetos á padecer con frecuencia estados sub-agudos del mismo, que debutan con estornudos muy frecuentes que pueden durar una media hora ó aún más, y que son seguidos de secrecion muy abundante y de naturaleza serosa. Este coriza, limitado á la parte posterior de las fosas nasales, y acompañado de la inflamacion de la parte nasal de la faringe, es casi especial de la angina artrítica, y la comprobacion de este síntoma tiene un gran valor bajo el punto de vista del diagnóstico.

Como complicacion de la angina artrítica, sobreviene con frecuencia una parexia ligera de las cuerdas vocales sin lesion local; es debido este síntoma á una especie de dolor reumático de los músculos vocales, dolor que dificulta la funcion de estos músculos, y que puede, como todas las afecciones reumáticas en general, sobrevenir ya bajo la influencia de una fatiga de la voz, ya bajo la influencia de un cambio en el estado atmosférico.

Diagnóstico.—Del estudio de la sintomatologia de la angina artrítica resulta un hecho importante; que entre todos estos síntomas ninguno tiene un carácter bastante especial para permitir sentar el diagnóstico de una manera positiva; sólo, pues, por un exámen de la reunion de las diversas lesiones, puede llegarse á precisar el diagnóstico. El estudio y observacion atenta de un gran número de anginas artríticas, permite, sin embargo, reconocer un grupo de caracteres especiales.

Entre todas las anginas diatésicas, la artrítica es con mucho la que tiene más tendencia á la generalizacion sobre las diversas partes del aparato vocal. Es lo más frecuente, que á la vez que lesiones faríngeas se hallen tambien laríngeas, y en ambos puntos las lesiones son de igual naturaleza, siempre acompañadas de tumefaccion bas-

tante considerable y de tendencia á la hiperemia. Estas lesiones, siempre superficiales, presentan una intensidad y localizacion muy marcadas sobre el sistema glandular.

Además, la hiperemia que acompaña presenta gran movilidad, y bajo la influencia de causas á menudo ligeras, de fatiga de la voz ó de una impresion de frio, esta hiperemia se modifica y desaparece con gran rapidez. La existencia frecuente de un coriza de la parte posterior de las fosas nasales es muy importante, pues es casi especial de la angina artrítica.

El diagnóstico diferencial presenta, pues, en muchos casos dificultades considerables; no debe descuidarse el exámen de los antecedentes, tanto hereditarios como personales, así como el estado general del enfermo. Las jaquecas frecuentes, los cálculos úricos, las erupciones de acné, las hemorróides, y principalmente las manifestaciones reumáticas y articulares, serán buenos elementos de diagnóstico en los casos difíciles, y corroborarán el diagnóstico ya sentado por el exámen del aparato vocal.

Marcha, duracion.—Como os decia al empezar la descripcion de la angina artrítica, esta variedad de angina no ha sido estudiada aún de una manera bastante continuada y prolongada para que sea posible describir sus diversas fases de una manera absoluta; no nos es, pues, posible describir, como

lo hicimos en las demás anginas diatésicas, los diferentes períodos de la enfermedad.

Si seguimos la sintomatología del mismo enfermo durante un período bastante largo, vemos persistir las mismas lesiones durante mucho tiempo, lo que ya nos prueba que la marcha de esta enfermedad es muy lenta; sin embargo, durante todo este período el estado de la enfermedad no era el mismo; ha presentado el enfermo frecuentes manifestaciones de recrudescencia con estado subagudo, pero no han tenido estas recrudescencias más que una duración efímera, y apenas si después de cada uno de estos ataques puede notarse una ligera modificación en el estado de las lesiones crónicas comprobadas antes; la aparición de algunas glandulitas nuevas, ó bien la hiperemia muy ligeramente aumentada, son las solas señales que dejó la recrudescencia. Se desprende, sin embargo, de este hecho un síntoma característico de esta afección: que la marcha de la angina artrítica no es continua, sinó por ataques sucesivos.

Tratamiento.—Conocida mucho tiempo esta afección, ó mejor, desconocida, bajo el nombre de angina glandulosa ó angina herpética, ha sido tratada localmente por aplicaciones tópicas de casi todos los cáusticos usados en la terapéutica laríngea, y casi todas estas aplicaciones han sido por igual útiles cuando se dirigieron contra un

ataque sub-agudo, pero tambien por igual fueron inútiles empleadas para modificar el estado crónico. No pretendo por esto que debemos abstenernos de toda terapéutica contra este estado crónico; pero puedo afirmar que una medicacion local sola, no puede ser más que un paliativo momentáneo, y que es preciso necesariamente acudir al mismo tiempo al estado general del enfermo, para modificarle por el uso de los agentes terapéuticos é higiénicos generales.

La diatesis artrítica es en la esencia una combustion incompleta de ciertos principios del organismo, y segun que este defecto de elaboracion tiene lugar principalmente sobre tal ó cual principio, ó en tal ó cual punto particular del organismo, así vereis sobrevenir: ya los cálculos, ya el reumatismo ó la gota, ó bien la angina artrítica ó el asma; pero en todos los casos, y este síntoma es muy pronunciado, sobre todo cuando la manifestacion tiene lugar en las mucosas, es evidente que existe insuficiencia de las funciones de la piel. No afirmo por esto que haya disminucion de las secreciones de la piel, pero sí que los sudores, aunque sean abundantes, no presentan las mismas propiedades químicas que en estado normal.

El estudio de este punto me separaría del objeto especial de este *Manual*, y por otra parte pertenece á la patología general; estas diversas cues-

tiones han sido tratadas con la mayor competencia por mi amigo el profesor Bouchard, en su curso de patología general de la Facultad de Medicina, y es lo mejor que puedo hacer, si quereis estudiarlas y profundizarlas, recomendaros su obra, que debe salir á luz dentro de algunos meses, y que resumirá las brillantes lecciones que dió sobre este punto y las ideas que profesa.

Me será, pues, suficiente, bajo el punto de vista de la terapéutica, sentar las siguientes conclusiones:

Al mismo tiempo que el tratamiento interno y las cauterizaciones locales, será siempre necesario emplear un tratamiento por las sudaciones secas simples, ó mejor, con vapores de *pino mugho*.

Estos baños serán seguidos de un *amasage* general y de ejercicio regular, que haga el enfermo todos los dias dos horas de gimnasia y de paseo. Los baños sulfurosos y los alcalinos, tomados al mismo tiempo, serán con frecuencia muy útiles para estimular más las funciones de la piel.

Las aplicaciones tópicas locales, empleadas simultáneamente, tendrán de este modo el mayor número de probabilidades de éxito, y, segun los casos, recurriréis:

Ya al colutorio de cloruro de zinc, como sigue:

Cloruro de zinc.	0 gr. 50
Glicerina.	10 gr.
Agua destilada.	10 gr.

cuando se trata de uno de esos períodos tan frecuentes de recrudescencia, con estado sub-agudo.

Ya al colutorio iodado.

Iodo metálico.	0 gr. 20 á 0 gr. 40
Ioduro de potasio.	0 gr. 60
Glicerina.	10 gr.
Agua.	10 gr.

cuando predomina la hipertrofia de las glándulas y la faringe presenta este estado especial, que se ha llamado angina glandulosa.

Ya, en fin, con el ácido crómico al 1/30 ó aún al 1/20, si hay faringitis seca.

Bajo la influencia de este doble tratamiento higiénico y local, las lesiones de la angina artrítica, aunque muy lentamente modificadas, concluyen por disminuir poco á poco, principalmente si se cuida de que á la vez tome el enfermo al interior los alcalinos, en ciertos casos los arsenicales, y lo más comunmente preparaciones balsámicas. Entre estas últimas, las que mejores resultados me han dado son las preparaciones diversas de *pino mugho*, que doy en disolucion etérea en cápsulas, ó bajo la forma de jarabe y de alcoholaturo. Cuando ordeno pulverizaciones, las prescribo de alcoholaturo de *pino mugho* á la dosis de 15 á 25 gotas para cada pulverización.

Este tratamiento en conjunto, puede que os parezca muy complicado; pero todo es igualmente

indispensable, y lo más ordinariamente no se puede esperar en obtener una curacion completa sinó á condicion de seguir exactamente todas sus partes.

El artrismo es la afeccion diatésica por excelencia, que se trasmite de generacion en generacion bajo las formas más variadas; no se puede, pues, confiar que puedan modificarse las manifestaciones en apariencia más benignas, sin antes modificar el estado general del enfermo.

X.

TERCERA CLASE.

Neurosis de la laringe.

Para el estudio de estas afecciones, admitiremos la siguiente clasificacion:

1.º *Neurosis de la sensibilidad*, que á su vez se subdivide en dos grupos: *hiperestesias* y *anestesias*.

2.º *Neurosis de la motilidad*, que igualmente se subdivide en dos grupos: *parálisis* y *espasmos ó contracturas*.

Si bajo el punto de vista etiológico examinamos estas dos variedades de neurosis, podemos ver que una y otra pueden ser consecuencia, ya de una lesion nerviosa, teniendo su asiento en el mismo aparato vocal, ó ya de una afeccion ner-

viosa con asiento en el cerebro ó en el trayecto extra-laríngeo de los nervios. En el primer caso, la neurose se llamará intra-laríngea; y en el segundo, extra-laríngea.

1.º—*Neurosis de la sensibilidad.*

La distincion de neurosis de sensibilidad refleja, y neurosis de sensibilidad general, ha sido discutida con gran sutileza por varios autores; yo juzgo que se ha exagerado mucho la importancia de esta cuestion. En efecto; si examinamos la sensibilidad de la laringe en estado fisiológico, vemos que ciertos puntos tienen la sensibilidad refleja mucho mayor para la tos como para el vómito; es, pues, indudable que cuando cualquiera de estos puntos esté enfermo, los síntomas reflejos serán mucho más pronunciados; lo mismo sucederá cuando con un cáustico cualquiera se toque uno de estos puntos; el efecto producido será el mismo, ya se emplee un cáustico sólido, ya líquido, con tal que tengan igual grado de energía.

En la descripcion de las diferentes enfermedades de la laringe, he tenido ocasion varias veces de citar la especial sensibilidad de la comisura posterior. Independientemente de toda alteracion de la mucosa, es siempre muy considerable esta sensibilidad, que puede experimentarse muy fá-

cilmente: tocando con un porta-cáustico cualquiera la comisura posterior, inmediatamente sufre el enfermo un sentimiento de sofocacion.

Igualmente que para otras regiones del cuerpo, dividiremos la neurosis de la sensibilidad en hiperrestesias y anestesias.

Hiperrestesias del aparato vocal.

Al principio de todas las afecciones agudas y sub-agudas de la laringe, podemos observar un período durante el cual existe una sensacion de ardor en la larínge y tos más ó menos seca, y por accesos violentos. Estos fenómenos, durante los cuales el exámen laringoscópico no descubre más que ligera congestion de la mucosa, dependen de la hiperrestesia de las asas terminales de los filetes nerviosos, ligeramente irritados; la inspiracion de aire frio ó cargado de sustancias pulverulentas, excita esta sensibilidad y ocasiona un acceso violento de tos.

Mucho más fácil de comprobar es la hiperrestesia en la faringe; la presencia de este síntoma hace á veces imposible la aplicacion del espejo laríngeo. Sienten muchos enfermos náuseas á penas se les toca el fondo de la faringe, pero en otros es tan exagerada esta sensibilidad, que es imposible la aplicacion del espejo, áun sin tocar la úvula ni la cara posterior de la faringe; los indi-

víduos en que se halla esta susceptibilidad extrema, son ordinariamente dispécticos, y en muchos casos esta dispepsia está ligada al artritismo. Esta hiperestesia puede encontrarse igualmente en ciertas formas de afecciones nerviosas generales, ó al principio de algunos casos de compresion de los filetes nerviosos, cuando la compresion es ligera y no hace más que irritar la fibra nerviosa. Las diversas sensaciones de cuerpos extraños de la laringe que sufren algunas mujeres histéricas, no son otra cosa que fenómenos de hiperestesia localizada á un punto del aparato vocal, y el exámen laringoscópico no descubre lesion alguna material en el sitio indicado por el enfermo.

Anestesia del aparato vocal.

Presentan ciertos enfermos particular tolerancia para el contacto de los diferentes cuerpos con que se toca, sea la faringe ya la laringe, y este estado especial es muy frecuente en ciertas afecciones crónicas, y sobre todo en la tísia laríngea. Pero hay otra categoría de enfermos en los que, no solamente se halla esta tolerancia, sinó una absoluta insensibilidad de ciertas regiones ó de todo el aparato vocal; entre estos últimos, los que más frecuentemente se presentan á nuestra observacion, son los enfermos histéricos; pero en ellos este síntoma no es siempre constante, y se vé va-

riar á cada instante la localizacion, y áun en algunos casos los puntos que hoy aparecen anestesiados pueden mañana, por el contrario, hallarse en estado de hiperestesia que impida todo exámen.

Despues de la difteria, se hallan igualmente con mucha frecuencia puntos anestesiados, y yo he creido observar en algunos casos localizados, que esta anestesia correspondia bastante exactamente á los puntos antes cubiertos de falsas membranas, sin que pueda, sin embargo, darse esta regla como absoluta. Cuando la anestesia se extiende á la laringe, es preciso vigilar mucho la alimentacion de los enfermos y no permitirles más que alimentos semi-líquidos y en pequeñas cantidades cada vez: al efecto, recuerdo un caso de muerte ocurrida en Lariboisiere en un enfermo con anestesia y parálisis diftérica, en el que la autopsia descubrió un trozo de carne del tamaño del pulgar, que se habia enclavado en el vestíbulo de la laringe, al que se habia exactamente amoldado, y determinó la asfixia.

2.º—*Neurosis del movimiento.*

Pueden presentarse á nuestra observacion con dos síntomas opuestos: las parálisis y los espasmos; pero á causa del antagonismo de los músculos de la laringe, son de ordinario estos fenóme-

nos muy complejos; así es, que puede observarse el espasmo de la glotis como síntoma ó consecuencia de dos diferentes lesiones: ya de la parálisis de los músculos dilatadores, ya de la contractura de los músculos constrictores; es, pues, importante, antes de sentar el diagnóstico, analizar exactamente todos los síntomas; hacer funcionar el aparato vocal y apreciar lo que puede depender del espasmo y lo que de la parálisis.

Antes de principiar el estudio de las lesiones persistentes de parálisis ó de espasmo, creemos conveniente detenernos un instante en el estudio de un estado mucho menos pronunciado y de ordinario transitorio, que es muy frecuente y que señalamos estudiando algunas anginas, la *asinergia* de las cuerdas vocales. Está caracterizada principalmente esta asinergia por la imposibilidad de las modulaciones del canto, con ligera alteracion en el timbre de la voz. Este síntoma, que para las necesidades de la conversacion tiene poca importancia, la adquiere considerable tratándose de oradores, y principalmente de cantantes. Es debido, lo más frecuentemente, este fenómeno, á la incoordinacion de los diversos movimientos de tension de las cuerdas vocales, lo que quita en el canto las ligeras inflexiones de la voz y la pureza de los sonidos; es este síntoma un fenómeno mixto, ocasionado tanto por una ligera tumefaccion de las cuerdas vocales, cuanto por una paresia ó

pereza ligera de los movimientos del aparato vocal, á la que viene á unirse el espasmo de ciertos músculos.

Algunos cantantes están predispuestos á esto de una manera especial, y la pureza de la voz en ellos hállase sujeta á grandes variaciones: tal trozo que cantaron un dia muy fácilmente, no podrán ejecutarlo algunos dias despues; y esto suele suceder sin que ninguna enfermedad ni fatiga intercurrente pueda explicar esta ligera alteracion del timbre de la voz. Sin embargo, lo más frecuentemente, esta asinergia vocal es debida á un ligero estado catarral sub-agudo ó crónico de la laringe, estado bastante frecuente en los artríticos; pero en muchos casos es la consecuencia ya de un mal estado general, ya de condiciones higiénicas anormales, ó bien de fatiga exagerada de la voz, ó para hablar más propiamente, del abuso y falta de cuidados del aparato vocal; algunas explicaciones sobre esta última causa creo no serán inútiles. Aparte de muy raras excepciones, la voz de un cantante tiene necesidad de formarse y suavizarse por ejercicios metódicos de solfeo y de vocalizacion. Por medio de estos estudios, un profesor inteligente llega á dar más extension á la voz de sus discípulos, á la vez que aumenta la fuerza y la capacidad; pero el aparato vocal es excesivamente delicado, y es muy importante no esforzarle: hay, pues, necesidad de tener cuidado

en la eleccion de estos estudios; seguir una progresion ascendente, no esforzarse, y sobre todo no hacer los ejercicios sobre notas altas y vocales sordas hasta que el timbre de la voz del discípulo esté ya bien sentado en los pasajes más fáciles de las notas del *medium*. Será sobre todo importante seguir estos preceptos, cuando á consecuencia de fatiga ó de excesos la constitucion general del discípulo deje que desear en conjunto, y más principalmente cuando se comprueben algunos síntomas de anemia.

Podria citaros numerosos ejemplos en apoyo de esta tésis; pero prefiero ocuparme de ello muy especialmente, cuando publique una monografía sobre la higiene de la voz. Básteme hoy señalaros las causas principales de esta asinergia vocal: en primer término, la irritacion de las asas nerviosas terminales, á causa de la respiracion del humo del tabaco ú otros vapores irritantes; en segundo lugar, la tension incompleta de las cuerdas vocales, á causa de la disminucion de la influencia nerviosa despues de fatigas excesivas ó una alimentacion insuficiente; y en tercer lugar, la debilidad de los músculos vocales y el defecto de equilibrio de tension por la impresion del frio ó los cambios de temperatura en los reumáticos.

Parálisis de las cuerdas vocales.

Bajo el punto de vista etiológico, las parálisis de las cuerdas vocales pueden ser intrínsecas ó extrínsecas. En el primer caso, son algunas veces debidas á la compresion ó enfermedad de uno ó varios filetes nerviosos, en su trayecto intralaríngeo; pero esto es, con mucho, lo menos frecuente; lo más ordinariamente puede reconocerse que en estos casos la parálisis es debida, ya á una lesion de las articulaciones, que hacen imposible el movimiento, ya á una ulceracion que ha destruido el tejido muscular; ó bien, y esto es lo más frecuente, al edema de ciertas partes de la laringe, edema que impide entonces la aproximacion de las cuerdas vocales, que quedan de ordinario en semi-separacion.

Cuando la parálisis de las cuerdas vocales es de causa extrínseca, es de ordinario unilateral. Si la parálisis es debida á la compresion de un nervio recurrente por un aneurisma de la concavidad del cayado, ó por la hipertrofia de los ganglios traqueo-brónquicos, es enteramente imposible la aproximacion de la cuerda vocal que sufre la parálisis, y cuando se hace á los enfermos durante el exámen laringoscópico emitir sonidos, se pueden comprobar de un lado los movimientos de la cuerda vocal no paralizada, haciendo con-

traste con la inmovilidad absoluta de la otra cuerda vocal; este es el síntoma que habia comparado con razon Isambert, á un bailarín haciendo cabriolas (1). En estos casos puede notarse que la cuerda vocal paralizada queda en semi-separacion; y para que pueda el enfermo emitir un sonido, la cuerda vocal no paralizada se vé obligada á pasar de la línea media y venir á unirse á la otra; pero aún á pesar de este artificio, no puede el enfermo emitir más que sonidos roncós, porque entonces hay desigualdad de tension de las dos cuerdas vocales.

Algunas veces esta parálisis unilateral puede estar limitada á los músculos dilatadores ó á los constrictores de la glotis, y entonces, en el primer caso, hay un poco de dificultad en la respiracion y en el segundo algo de afonía.

Cuando la parálisis existe en ambos lados, segun que los constrictores ó los dilatadores estén más ó ménos enfermos, pueden presentarse tres casos:

En el primero padecen sólo los músculos constrictores y el enfermo está entonces completamente afónico, y al exámen laringoscópico se comprueba que las cuerdas vocales no pueden aproximarse bajo la influencia de los esfuerzos del

(1) *Entrechats*. Saltos especiales de los bailarines, en que tocan una pierna rígida con el pié de la otra extremidad en semi-flexion.—(N. del T).

enfermo lo bastante para emitir un sonido; los músculos paralizados en este caso son el crico-aritenóideo lateral, el tiro-aritenóideo y el crico-tiróideo. Cuando sólo el nervio laríngeo inferior ó recurrente es el enfermo, puede aún producirse algo de tension de las cuerdas vocales por la accion del músculo crico-tiróideo que sigue funcionando. Cuando sólo uno de estos músculos está paralizado, puede ordinariamente hablar el enfermo, pero las modulaciones de la voz son imposibles; haciendo ejecutar algunas vocalizaciones á los enfermos, es como se puede, teniendo ya mucha costumbre, llegar á diagnosticar con más precision cuáles son los músculos más ó menos paralizados.

En el segundo caso están paralizados solamente los músculos dilatadores, y entonces, faltando el antagonismo á los músculos constrictores, se contraen éstos con fuerza y se produce el espasmo de la glotis, que ocasiona accesos de sofocacion y de asfixia.

El espasmo de la glotis puede sobrevenir igualmente por la simple contractura de los músculos constrictores; hemos estudiado esta afeccion en el niño en la laringitis estridulosa; pero tambien puede presentarse en la edad adulta, y con más frecuencia en los histéricos, y tambien al principio de las compresiones nerviosas, cuando la fibra nerviosa no está todavía más que irritada por una

compresion ligera. En los individuos histéricos, tan pronto es esta afeccion unilateral como vilateral; pero lo más ordinariamente se acompaña de anestesia ó de hiperestesia de una parte más ó ménos considerable del aparato vocal. En el caso de compresion, la contractura, lo mismo que la parálisis que la sucede, es frecuentemente unilateral. Ciertos enfermos, cuando se les practica una cauterización en la laringe, sufren un verdadero espasmo de la glotis, que es sobre todo pronunciado cuando la cauterizacion ha sido en la parte inferior de la comisura posterior. Una variedad de este espasmo es el que sobreviene cuando un cuerpo extraño, sólido ó líquido, ha penetrado, por un mal movimiento de deglucion, en el vestíbulo de la laringe.

Los accidentes de sofocacion del espasmo de la glotis vienen de ordinario por accesos, y en ciertos casos graves, aunque felizmente muy raros, pueden determinar una verdadera asfixia. El espasmo de la glotis en los histéricos cede lo más á menudo á una violenta sacudida eléctrica ó á la medicacion hidroterápica y al bromuro de potasio. En los demás casos hay que obrar contra la causa que dió origen á este síntoma.

Tratamiento de las parálisis de las cuerdas vocales.

En los casos de compresion de los nervios re-

currentes por gánglios brónquicos, las aplicaciones de vejigatorios y de tintura de iodo, así como el tratamiento interno con el jarabe de ioduro de hierro y el aceite de hígado de bacalao creosotado, me han dado bastantes felices resultados en los niños escrofulosos. En los histéricos, una sacudida eléctrica bastante enérgica les devuelve algunas veces instantáneamente la voz; tengo varias observaciones de curacion obtenida por esta medicacion; en los casos rebeldes hay que acudir al tratamiento hidroterápico y al bromuro de potasio.

Cuando la parálisis de las cuerdas vocales es debida á una lesion intrínseca de las fibras nerviosas ó de los músculos laríngeos, hay que acudir á la aplicacion directa de los tópicos; pero con frecuencia el resultado es casi nulo, y en todos los casos las modificaciones son siempre tan lentas como difíciles de obtener.

XI.

CUARTA CLASE.

Tumores de la laringe.

Primer grupo.—Pólipos.

Debemos admitir como pólipos todos los tumores de la laringe que no se refieran á la tuberculosis, al cáncer ni á la sífilis. Pueden, sin embargo, algunos casos de pólipos bien evidentes relacionarse con la sífilis. Segun la estadística de Isambert, y los casos citados por Krishaber, seria de dos á tres por ciento la proporción de los pólipos con las demás afecciones de la laringe; el Doctor Fauvel, en su tratado de pólipos de la laringe, los considera como mucho más frecuentes. Mi experiencia personal me acerca más á las cifras citadas por Isambert, pues hallo 25 pólipos por 600 enfermos, que dan una proporción algo más del 4 por 100.

Son los pólipos tumores muy variables por el sitio y por la forma; pero el carácter que domina á los demás, es la estructura anatómica. Los resultados del exámen histológico serán, pues, la base de la clasificacion que adoptemos de los pólipos de la laringe.

Bajo este punto de vista, se puede dividir en:

Pólipos papilares ó papilomas.

Pólipos mucosos ó mixomas.

Pólipos epiteliales ó epiteliomas.

Pólipos fibrosos ó fibromas.

Pólipos glandulares ó adenomas.

1.º *Pólipos papilares ó papilomas.*—Son mucho más frecuentes que los demás; comprenden los dos tercios de casos observados de pólipos laríngeos. Raras veces son únicos; lo más frecuentemente forman grupos más ó menos numerosos, y están constituidos ya por filamentos alargados, ya por granos redondeados que semejan un racimo de uvas. No son otra cosa estos pólipos que la hipertrofia de las papilas, muy bien descritas y estudiadas en la tésis del Dr. Coyne, sobre la anatomía normal de la mucosa laríngea; bajo el punto de vista histológico están constituidos estos tumores en el centro por el cuerpo papilar, que está cubierto por varias capas extratificadas de epitelio pavimentoso.

2.º *Pólipos mucosos ó mixomas.*—Son casi

siempre únicos y pediculados; su coloracion es de rosa muy pálido, su sitio más frecuente sobre la cara superior de las cuerdas vocales, y su forma regularmente redondeada ú ovóide.

Bajo el punto de vista histológico, está constituida su parte central por tejido mucoso, con red capilar de anchas mallas; la superficie está formada por tejido papilar y células epiteliales.

3.º *Pólipos epiteliales ó epiteliomas.*—Variedad bastante rara; presentan estos pólipos al exámen laringoscópico el mismo aspecto que los mixomas; sin embargo, son menos pediculados y su superficie es menos lisa. Su constitucion histológica, segun Cornil y Ranvier, está formada por cilindros de epitelio pavimentoso, rodeado de un estroma fibroso.

4.º *Pólipos fibrosos ó fibromas.*—Varía su volumen del grueso de un cañamon al de un guisante; su sitio más frecuente es en la parte anterior de la cara superior de las cuerdas vocales; son de color blanco grisáceo, y algunas veces de blanco nacarado, diferenciando muy poco de la coloracion normal de las cuerdas vocales; tienen forma redondeada y aspecto compacto, pero no son casi nunca pediculados. Su estructura histológica es la misma que la de los fibromas en general; se hallan hacecillos de tejido fibroso con tejido ce-

lular denso. Su superficie siempre está cubierta de capas concéntricas de epitelio pavimentoso, aún cuando se desarrollen en partes de la laringe, donde no se halla más que el epitelio cilíndrico.

5.º *Pólipos glandulares ó adenomas.*—Pueden ser pediculados ó no; su forma nunca es completamente esferoidal; su vascularización, bastante desarrollada, les dá generalmente un tinte oscuro, pero que puede variar de un día á otro. Su superficie es irregular, y cuando han adquirido dimensiones bastante considerables, están frecuentemente cubiertos de ulceraciones. Histológicamente estos pólipos están constituidos por la hipertrofia de las mismas glándulas laríngeas; su estructura no es, sin embargo, análoga á la que puede observarse en la hipertrofia glandular de otras variedades de anginas, porque se hallan además manojos bastante numerosos de tejido fibroso.

Sintomatología de los pólipos de la laringe.—Los síntomas que acompañan la evolución de los pólipos de la laringe, son muy variables, y están estas variaciones íntimamente ligadas á los diferentes sitios en que pueden presentar su punto de implantación.

La deglución no está dificultada más que cuando estos pólipos están colocados sobre las eminencias

cias aritenóides ó sobre la epiglotis, cosa que es muy rara.

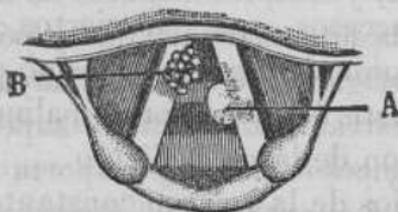
La dificultad de la respiracion, no existe más que cuando el pólipo ha alcanzado considerables proporciones, y sobre todo cuando existe acumulacion bastante numerosa de papilomas.

La tos es ordinariamente poco frecuente; sin embargo, cuando los pólipos están implantados cerca de las comisuras, y sobre todo cerca de la comisura posterior, puede observarse con frecuencia tos por accesos, que en ciertos casos hasta puede ir seguida de algo de espasmo de la glotis; tiene lugar este fenómeno principalmente cuando los pólipos son de largo pedículo.

Los cambios de la voz son constantes, pero son muy variables. Cuando el sitio de los pólipos es en las cuerdas vocales, y sobre todo en su borde libre, la ronquera es un síntoma constante desde el principio; y si el pólipo adquiere proporciones, aunque sean muy poco considerables, puede comprobarse afonía completa. Si, por el contrario, el pólipo tiene su punto de implantacion en las bandas ventriculares ó en las eminencias aritenóides, las alteraciones de la voz son poco marcadas; pero aún en estos casos, un exámen atento permite comprobar, sinó una alteracion de la voz, al menos una ligera modificacion en el timbre y la entonacion.



En ciertos casos de pólipos de muy largo pedículo, se han señalado síntomas vocales intermitentes; en medio de una conversacion sufre el enfermo una extincion súbita de la voz, y despues de algunos segundos de absoluta afonía recobra en seguida su timbre normal; este fenómeno depende en este caso del cambio de lugar del pólipo, bajo la influencia de las vibraciones de la columna de aire.



- A. Pólipo mucoso de la cuerda vocal izquierda.
 B. Pólipo papilar de la cuerda derecha.

Casi constantemente sufren los enfermos la sensacion de un cuerpo extraño en la laringe; pero este síntoma se presenta tambien en otras afecciones, simplemente inflamatorias de la laringe; así que creo que la comprobacion de este síntoma no puede ser elemento de diagnóstico: esta opinion hállase confirmada por lo que sucede casi siempre despues de estirpar el pólipo, porque entonces el enfermo conserva algun tiempo todavía la sensacion de cuerpo extraño en la laringe, cuando el exámen laringoscópico demuestra que no queda vestigio alguno del pólipo.

Desde el descubrimiento del laringoscopio, el estudio de los síntomas de los pólipos de la laringe ha perdido mucho de su importancia; porque por el exámen directo de todos los repliegues de la laringe, se puede llegar á un diagnóstico fácil y cierto de los pólipos más pequeños que puedan existir. Cuando los síntomas subjetivos hacen sospechar la presencia de un pólipo, es muy importante examinar con atencion todos los puntos del aparato vocal, y no pronunciarse de una manera absoluta por la no existencia de un pólipo, hasta que una investigacion minuciosa haya permitido explorar sucesivamente toda la superficie de la mucosa. Entonces es cuando importa mucho hacer funcionar el aparato vocal durante el exámen laringoscópico, porque ciertos puntos de la laringe no se ven distintamente más que durante los movimientos de las cuerdas vocales y la emision de algunas notas más ó menos elevadas.

Diagnóstico.—El diagnóstico cierto puede hacerse siempre por el exámen laringoscópico. En algunos casos de tisis laríngea, y áun de angina catarral crónica y de sífilis laríngea, puede comprobarse en las diversas partes de la laringe la existencia de vegetaciones polipiformes ó de glándulas hipertrofiadas, que pudieran hacer creer en la existencia de un pólipo; pero es preciso recordar que el pólipo es una afeccion completamente

local y limitada á un solo punto, que no se acompaña de estado inflamatorio ni de ulceracion de las partes próximas.

En cuanto á la distincion por el exámen laringoscópico entre las diversas variedades de pólipos, no siempre es muy fácil; sin embargo, los papilomas, que son con mucho los más frecuentes, son generalmente bastantes fáciles de reconocer; y para las demás variedades, los caractéres que hemos señalado precedentemente, haciendo su descripcion particular, permiten igualmente lo más á menudo hacer la distincion por el simple exámen laringoscópico.

En cierto número de casos los caractéres distintivos son mucho menos marcados, pero entonces el exámen histológico ulterior de estos pólipos permite ordinariamente reconocer la mezcla de varios de los elementos de las diversas variedades de pólipos; á estos casos especiales podemos darles, á ejemplo de Isambert y de Krishaber, el nombre de los pólipos mixtos.

Asiento de los pólipos de la laringe.—Segun la estadística publicada en el tratado de pólipos del Dr. Fauvel, el asiento más frecuente de los pólipos es el borde libre de las cuerdas vocales, y sobre todo en su parte anterior y media; vienen despues por órden de frecuencia la cara superior de las cuerdas vocales, los ventrículos, la

comisura posterior y la cara posterior de la epiglottis.

Tratamiento de los pólipos de la laringe.

Dos métodos operatorios están en uso para el tratamiento de los pólipos de la laringe. La destrucción por el *galvano-cauterio*, ó los diversos cáusticos y la estirpación con las diferentes especies de pinzas ó *ecraseurs*.

1.º *Destrucción por las cauterizaciones.*—Las cauterizaciones sólo son aplicables con probabilidad de éxito, cuando se trata de pólipos pequeños ó muy al principio, cuando el pedículo no está bastante formado para que pueda cogerse con pinzas. Puede acudirse en estos casos á cáusticos líquidos ó á sólidos; ya se haga uso de los unos ya de los otros, como en todos los casos deben estos cáusticos tener bastante energía, importa siempre no tocar más que el tumor; es, pues, siempre necesario hacer uso de porta-cáusticos ocultos, que no obran más que cuando el operador tiene certeza que toca el punto preciso que trata de cauterizar; sin esta precaución, se expondría á ver sobrevenir accidentes espasmódicos muy pronunciados.

Las cauterizaciones líquidas más empleadas, son las disoluciones concentradas de cloruro de

zinc, de nitrato de plata, de nitrato ácido de mercurio ó de ácido crómico. Los cáusticos sólidos son el nitrato de plata, el sulfato de cobre ó el cloruro de zinc.

De ordinario, cuando se trata de pólipos pequeños que no se pueden coger con la pinza, ni usar los cáusticos líquidos ó sólidos enumerados, prefiero hacer uso del galvano-cauterio. Desde el descubrimiento de la pila secundaria ó reservorio de electricidad, el manejo del galvano-cauterio se ha hecho muy fácil y regular, y además por medio del regulador es fácil reglar exactamente la temperatura que se quiere obtener; el hilo de platino instantáneamente se enrojece, y su accion cesa tan pronto como se interrumpe la corriente.

2.º *Extraccion con las pinzas.*—En el mayor número de casos de pólipos de la laringe, hay que acudir á este medio. Pinzas de diversas formas y de corvaduras más ó menos pronunciadas, se han imaginado para practicar esta operacion; pero todas no son otra cosa que modificaciones de la de Mackensie, y no difieren más que por la direccion antero-posterior ó lateral de sus bocados. Las figuras de pinzas, cuyo dibujo doy en las láminas de instrumentos, os permitirán apreciar fácilmente las diferentes modificaciones de la pinza primitiva, y me dispensarán de hacerlos una descripcion detallada.

La forma de la boca de la pinza debe variar en cada variedad de tumores, y los fabricantes de instrumentos de cirugía han armado las cucharas que las terminan, de dientes, de ranuras y dente-llones, que se escogerán más ó menos acentuados, segun que el pólipo tenga más ó menos consis-tencia.

Cuando se quiere practicar la estirpacion de un pólipo laríngeo, hay necesidad de habituar poco á poco al enfermo al contacto de los instru-mentos, porque sin esta precaucion se producirian, apenas introducida la pinza, espasmos y movi-mientos nerviosos que harian imposible é incierta toda operacion. Con objeto de familiarizar á mis discípulos con el manejo de la pinza, he hecho construir para mi clínica un modelo de laringe de caoutchouc, y les ejercito en coger, con las pinzas de pólipos, bolitas colocadas sobre las cuerdas vo-cales. Con este medio se adquiere rápidamente la seguridad necesaria para poder practicar cauteri-zaciones é introducir diferentes pinzas en la la-ringe.

En algunos casos raros, se hacen muy acen-tuados los cambios respiratorios y entonces hay necesidad de acudir á la estirpacion por vías ar-tificiales; segun los casos, hay que practicar, ya la incision de la membrana crico-tiróidea cuando es posible, y los pólipos están situados bastante bajos para que se les pueda coger por esta vía,

ya la incision de la membrana tiro-hioídea, cuando los pólipos están en la region sub-glótica; porque entonces por aquí puede fácilmente practicarse la estirpacion de los pólipos.

Cuando se han arrancado pólipos papilares, que son siempre bastante numerosos, es conveniente practicar en seguida algunas cauterizaciones con el galvano-cauterio, porque sin esta precaucion se estaria expuesto á verlos algunas veces reproducirse bastante rápidamente.

XII.

Segundo grupo.

Cánceres de la laringe.

Son los cánceres de la laringe tumores malignos que, bajo el punto de vista histológico, pueden presentar dos variedades: el cáncer epitelial y el cáncer encefalóide. Bajo el punto de vista clínico, estos tumores principian ya en la laringe, ó bien son secundarios, por propagacion á la laringe, del cáncer de un órgano vecino.

El cáncer encefalóide es algo más frecuente; se presenta al principio en forma de mamelon, cubierto de mucosa roja, violácea, lisa; aumenta este tumor rápidamente de volúmen, se hace más pálido, su superficie se hace abollada, y pronto se presenta una ulceracion de bordes ranversados é indurados, de fondo desigual y grisáceo, dando origen á frecuentes hemorragias y á un pús sanioso y de olor fétido.

Cuando este cáncer tuvo origen en el exófago

y se propagó á la laringe, se vé con el laringoscopia el tumor á caballo sobre las eminencias aritenóides, y en estos casos la ulceracion, irritada por el paso de los alimentos, toma proporciones más considerables, el edema de las partes próximas es mucho más pronunciado, y los gánglios submaxilares se hacen mucho más voluminosos.

El cáncer epitelial tiene una marcha algo más lenta; con frecuencia parece en su origen un papiloma, y no toma la forma vegetante de la variedad encefalóide; pero pronto aparece la ulceracion característica de bordes indurados y ranversados, de superficie desigual, tomentosa y cubierta de coágulos; á la vez pueden comprobarse hemorragias y pús sanioso y de olor fétido.

Los gánglios de la region submaxilar se infartan, y están además muchas veces rodeados de una induracion pastosa considerable.

En períodos más avanzados, las partes más profundas de la laringe se afectan, y los cartílagos son en parte reabsorbidos y eliminados por la supuracion.

Bajo el punto de vista clínico, Isambert dividió los cánceres de la laringe en:

Cánceres secundarios ó de vecindad.

Y cánceres primitivos ó intrínsecos, que á la vez se subdividen en cánceres supra-glóticos y sub-glóticos.

Las dos variedades de cáncer encefalóide y de cáncer epitelial pueden presentar estos diversos sitios, cuyo estudio ofrece interés, principalmente bajo el punto de vista de la evolucion de los síntomas.

Síntomas.—La existencia de esta terrible enfermedad puede estar algun tiempo desconocida, porque al principio no se acompaña más que de síntomas muy ligeros; una alteracion poco sensible de la voz, que sin causa apreciable, y bajo la influencia del más pequeño enfriamiento, se apaga insensiblemente. Cuando el cáncer principió por el exófago, hay al mismo tiempo algo de disfagia. Poco á poco se altera la voz cada vez más, y puede entonces reconocerse una ronquera casi característica, ronquera que es igualmente apreciable durante la tos. A la vez principian á presentarse los cambios respiratorios; hay primero disnea, despues tiene el enfermo una respiracion áspera de roce, que permite oír un ruido de resoplido (cornage).

Quando el cáncer no principia por las eminencias aritenóides ó la proximidad de las cuerdas vocales, los cambios de la fonacion pueden faltar durante el primer período, y la evolucion del cáncer puede efectuarse de una manera latente, sin que ningun síntoma bien característico revele su existencia. Puede entonces comprobarse algu-

na vez la presencia de infartos cervicales; pero este síntoma, que es casi siempre constante en el período de ulceracion, no se presenta de ordinario hasta un período bastante avanzado de la enfermedad, y no puede servir, por consiguiente, para el diagnóstico del primer período.

Mientras no existe ulceracion, los dolores suelen ser poco intensos y muy fugitivos; pero cuando se ha ulcerado, se hacen más frecuentes, más profundos y se irradian á las partes próximas; aparecen al mismo tiempo tres síntomas nuevos que vienen á agravar bastante el estado general del enfermo, y son:

1.º Una salivacion, al principio solamente exagerada, pero que muy pronto degenera en corriente constante de saliva, que es para el enfermo uno de los síntomas más penosos.

2.º Tan luego como la ulceracion se produce, se hace fétido el aliento; este síntoma, hijo del olor ya muy desagradable cuando el cáncer existe en otra parte del cuerpo, adquiere aquí una intensidad mucho más considerable, dependiente del paso continuo del aire espirado que sirve de vehículo para trasportar el olor nauseabundo.

3.º Las hemorragias, que á menudo son bastante frecuentes y abundantes para debilitar al enfermo, y contribuyen poderosamente á acelerar la terminacion fatal. La abundancia y frecuencia de estas hemorragias, están ordinariamente en re-

lacion directa con la profundidad de las ulceraciones. En algunos casos adquieren estas hemorragias inmediatamente una intensidad particular, y hasta han producido varias veces una verdadera muerte súbita. Tienen las hemorragias una gran importancia diagnóstica y pronóstica en los cánceres de la laringe, y es seguramente uno de los síntomas más importantes y característicos del período avanzado de esta enfermedad.

El infarto de los gánglios, que hemos señalado como síntoma del principio en algunos casos, se hace entónces cada vez más pronunciado; los gánglios, que primitivamente sólo estaban ligeramente aumentados de volúmen, se rodean poco á poco de una pastosidad de las partes próximas, pastosidad que se hace cada vez más dura y resistente; más tarde, toda la parte anterior del cuello forma una verdadera coraza, en medio de la cual es imposible reconocer el sitio de los gánglios, que están confundidos en la pastosidad de toda la region. Cuando los infartos ganglionares alcanzan á los gánglios peritraqueales, se vé sobrevenir un nuevo síntoma: la parálisis de las cuerdas vocales, á consecuencia de la compresion del nérvio recurrente.

El estado general del enfermo permanece bastante satisfactorio hasta la aparicion del período ulcerativo, pero desde este momento el enfermo se hace caquéctico muy rápidamente.

Diagnóstico del cáncer de la laringe.—Durante los primeros períodos, y aún hasta el momento en que se producen las ulceraciones, el diagnóstico puede presentar con frecuencia bastantes serias dificultades. Podemos, en efecto, comprobar, que ni el exámen laringoscópico nos permite siempre, sobre todo en la variedad de cáncer epitelial, sentar un diagnóstico cierto. Algunas veces se presenta este tumor en la laringe bajo la forma de un tumor redondeado, liso, que puede tomarse por un pólipo. Puede, sin embargo, el sitio de esta vegetacion dirigirnos al diagnóstico; porque de treinta y cinco casos de cánceres de la laringe observados por el Dr. Fauvel, veinte veces tuvo lugar el principio por las bandas ventriculares de la laringe, mientras que la existencia de pólipos sobre las bandas ventriculares es completamente excepcional. Los pólipos, al contrario, parecen tener predileccion muy particular por las cuerdas vocales inferiores, pues en 300 casos, de los 360 que he podido observar, los pólipos existian en el borde libre ó en las caras de las cuerdas vocales.

La coloracion de la mucosa tumefacta, es mucho más oscura en el cáncer que en las diversas variedades de laringitis. En la tísis laríngea del segundo grado, que está caracterizada por vegetaciones polipiformes, el sitio de estas en el borde libre de las cuerdas vocales y en la comisura pos-

terior, viene igualmente á servir de elemento del diagn3stico diferencial. Ciertos tumores gomosos de la laringe, pueden algunas veces confundirse con un c3ncer de este 3rgano; pero en la s3filis no se comprueba la coloracion oscura y el tinte vinoso, que es especial de las afecciones cancerosas; adem3s, en la s3filis la enfermedad est3 raras veces localizada á un solo punto, y lo m3s frecuentemente, al mismo tiempo que un goma, se comprueban erosiones y ulceraciones que conducen al diagn3stico.

En el per3odo ulcerativo, el diagn3stico diferencial es mucho m3s f3cil. Los caract3res particulares de estas ulceraciones que hemos precedentemente descrito, son en este caso percibidos con mucha claridad con el espejo lar3ngeo, y los s3ntomas generales, el dolor, la salivacion, las hemorragias, el infarto de los g3nglios, etc., vienen tambien á precisar el diagn3stico y me dispensan de entrar en mayores detalles.

Marcha y duracion de los c3nceres de la laringe.

—Durante los primeros per3odos, la marcha de la enfermedad suele ser bastante lenta, y en cierto n3mero de enfermos se ha visto persistir, durante dos 3 tres a3os, una disfon3a debida á la presencia de un tumor canceroso; pero cuando sobreviene el per3odo ulceroso con su cortejo de accidentes, la marcha de la enfermedad parece acentuarse

muy rápidamente, y se puede, en algunos meses, asistir á la evolucion de los síntomas más graves, y estenuado el enfermo por las hemorragias ó presa de disnea y dolores cada vez más intensos, llegar en poco tiempo á los últimos períodos de la enfermedad.

Segun la estadística del Dr. Fauvel, la duracion media del cáncer de la laringe es de tres años, y los límites extremos son de un año y once meses el mínimum, y de cuatro á cinco años el máximium.

Siempre el pronóstico es fatal, se acuda ó no á las operaciones (1).

Tratamiento.—Durante todo el tiempo que el Médico no se halle en presencia de accidentes de sofocacion, su intervencion debe limitarse á aliviar los sufrimientos del enfermo y á emplear me-

(1) Me atrevo á suponer esta afirmacion demasiado absoluta, sobre todo al principio de la neoplaxia, cuando la infeccion no ha tenido lugar ni local lejana por los linfáticos, ni general; y si hasta ahora la ablacion de la laringe no ha dado resultados satisfactorios, quizás haya dependido de la oportunidad de la operacion: la infeccion de gánglios que no alcanza el bisturí ó la general, habria tenido ya lugar.

Pero es lógico y científico suponer con los localizadores, que no generalizada la neoplaxia, la ablacion de la laringe, y con ella de todo el tejido patológico, debe ser seguida de éxito, al menos, en cuanto á la neoplaxia se refiere.—(N. del T.)

dicacion sintomática (1). Los dolores serán combatidos por aplicaciones directas de tópicos opiáceos ó de cloral, y por inyecciones hipodérmicas de morfina. A la vez será conveniente usar una medicacion antisifilítica por las fricciones mercuriales y el ioduro de potasio al interior; ciertos casos, bastante frecuentes, de diagnóstico diferencial, muy difícil entre estas dos afecciones, vienen en apoyo de este modo de proceder, que es conveniente practicar durante tres semanas á un mes, aunque el enfermo niegue todo antecedente sifilítico.

En el período ulceroso, las aplicaciones de glicerina morfinada:

Glicerina.	15 gramos.
Hidroclorato de morfina. . .	1 »

Deben hacerse estas aplicaciones sobre los puntos ulcerados una ó dos veces por dia, cuando los

(1) No juzgo oportuna esta conducta, una vez hecho con certeza el diagnóstico de cáncer laríngeo; pues ante una muerte cierta, creo deba hacerse la estirpacion parcial ó total de la laringe, segun el caso lo requiera, no olvidando nunca que en casos de esta naturaleza, tanto más se tarde en estirpar la neoplaxia, tantas menos probabilidades de éxito habrá, porque la infeccion por los linfáticos y por emigracion celular, se hace muy pronto en esta clase de tumores; y seria probable, si se esperaba á obrar, á que se presentaran los fenómenos de sofocacion, que aquella infeccion fuera más allá de donde podia llegar la eliminacion de tejidos en la operacion, que no sólo entonces resultaria inútil sino perjudicial. (*N. del T.*)

dolores son muy vivos. En los casos de hemorragia, las aplicaciones del percloruro de hierro las detienen generalmente bastante bien cuando la hemorragia no es muy considerable; es conveniente emplear disoluciones menos fuertes que la normal, sin cuya precaucion se corre el riesgo de que sobrevengan fenómenos de sofocacion inmediatos, á consecuencia de la coagulacion demasiado rápida de cantidades bastante considerables de sangre en el espacio tan estrecho de la glotis.

Contra el olor fétido del aliento, los gargarismos, y aún mejor las pulverizaciones de permanganato de potasa ó de cloral, son muy útiles. Hé aquí las dos fórmulas que empleo con más frecuencia:

Pulverizacion.

Permanganato de potasa.. . . .	1 gramo.
Agua destilada.	100 gramos.

Una cucharada para cada pulverizacion.

Con objeto de combatir á la vez los dolores, suelo emplear la pulverizacion siguiente:

Cloral.	6 gramos.
Hidroclorato de morfina.	0'20 »
Agua.	150 »

Una cucharada para cada pulverizacion, caliente, que deberá durar de cinco á ocho minutos.

Contra el edema, y para cauterizar las ulceraciones, Isambert empleaba una disolucion al 12 ó al 10 de ácido crómico, pero sin obtener resultados muy favorables de esta medicacion, que algunas veces es muy penosa, y con frecuencia muy dolorosa para el enfermo.

Tratamiento quirúrgico.—Cuando por los progresos de la enfermedad la sofocacion se hace más considerable y es un peligro más ó menos inmediato para el enfermo, hay que practicar la traqueotomía: con esta operacion se consigue, segun la estadística de varias observaciones, prolongar de ocho á diez meses la vida del enfermo. Algunos autores alemanes han propuesto practicar la traqueotomía desde el principio de la enfermedad; juzgo esto una exageracion que puede dar lugar á sérios abusos; es, en efecto, mucho más racional acudir desde el principio á cauterizaciones por las vías naturales con los cáusticos, ó mejor aún, con el galvano-cauterio, que manejado con destreza, puede prestar grandes servicios. Sólo en el caso de que las hemorragias sean más frecuentes y abundantes y de que la respiracion se haga más difícil, será ventajoso no esperar el período de sofocacion para practicar la traqueotomía.

Me resta hablaros de una operacion que ya ha sido practicada cerca de veinte veces en casos de

cáncer laríngeo: la ablacion parcial ó total de la laringe; pero el resultado de estas primeras operaciones, está muy lejos de ser un estímulo para emprenderlas, puesto que sólo hay un caso bien auténtico de curacion.

XIII.

Traqueotomía.

Tiene por objeto esta operacion establecer una comunicacion directa entre la tráquea y el exterior, cuando, por una causa cualquiera, la vía natural por la laringe se halla obliterada.

La traqueotomía ha sido practicada desde los tiempos más remotos; Aesclepiade y Antyllvs abrian la tráquea entre el tercero y cuarto anillo, y mantenian abierta la herida por medio de dos ganchos; en el siglo XVI, Fabricio de Aquapendente hacia uso de una cánula de plata con aletas. Hasta el siglo XVIII la incision se hizo siempre transversalmente entre dos anillos; Junker propuso el primero la incision longitudinal y la seccion de los anillos.

Desde esta época habia ya dos procederes operatorios: uno rápido, ejecutado por medio de diferentes variedades de broncotomos, y otro por medio de un bisturí, y practicando la incision sucesiva de las diferentes capas de tejido.

A pesar de todos los instrumentos inventados y las observaciones publicadas, esta operacion era muy rara al principio de este siglo, y áun en el concurso de 1807 pronunció la Academia la proscripcion de la traqueotomía.

Algun tiempo despues, Bretonneau y su discípulo Trousseau preconizaron esta operacion en el erup, y á la iniciativa de estos dos sábios profesores se debe el honor de la vulgarizacion de la traqueotomía.

Puede practicarse esta operacion en diferentes puntos de la tráquea ó de la laringe; se reconocen cuatro sitios de eleccion:

- 1.º Sobre los primeros anillos de la tráquea.
- 2.º Dividiendo simultáneamente el cartílago cricóides y los primeros anillos de la tráquea.
- 3.º La laringotomía que se hace entre el cartílago tiróides y el cricóides, á través de la membrana crico-tiróidea.
- 4.º Y, en fin, la laringotomía supra-tiróidea, que no tiene aplicacion más que en algunos casos de tumores del vestíbulo de la laringe.

En las traqueotomías practicadas en el niño, cuando el enfermito tenga menos de cuatro ó cinco años, será preferible incindir al mismo tiempo el cricóides, que en esta edad tiene poca resistencia, y los primeros anillos de la tráquea. Cuando el niño tenga más de cuatro años, es impor-

tante principiar la incision de la tráquea debajo del cartílago cricóides, porque en este caso presenta este cartílago resistencia más considerable, que podria dificultar la introduccion de la cánula si se hubiera practicado la crico-traqueotomía.

En el adulto, segun el caso y segun la causa que hace necesaria la traqueotomía, se practica tanto la ordinaria ó sub-cricóidea, como la laringotomía en el espacio que separa el cartílago tiróides del cricóides, espacio que está ocupado por la membrana crico-tiróidea; el Manual operatorio de esta última operacion ha sido muy bien descrito por Bichat, en su edicion de las obras de Desault.

Para practicar la operacion de la traqueotomía se coloca al enfermo en decúbito dorsal, los hombros elevados y apoyados en un cojin duro, la cabeza mantenida en extension, y así se puede reconocer perfectamente los diferentes puntos de guía, que son: el borde anterior del cartílago tiróides, el surco trasversal que corresponde á la membrana crico-tiróidea y la cara anterior del cartílago cricóides.

Puede entonces acudirse á tres procederes operatorios diferentes:

1.º Procedimiento en dos tiempos: ya lento, de Trousseau, ya rápido, de Bourdillat.

2.º Procedimiento en un solo tiempo, ó de Saint-Germain.

3.º Procedimiento por el galvano ó termocauterio del profesor Verneuil y de Poinot de Bordeaux.

Procedimiento en dos tiempos.

Es este el procedimiento lento cuyas indicaciones han sido con tanta claridad formuladas por Trousseau. El enfermo se coloca en la posición ya descrita y frente á la luz; tres ayudantes son necesarios: uno para sujetar la cabeza, pero sin extensión demasiado considerable; otro para sujetar los miembros, y el tercero, encargado de las esponjas, de dar los instrumentos y de comprimir los vasos abiertos. El Cirujano debe colocarse á la derecha del enfermo y principiar la incisión al nivel del borde superior del cartílago cricóides, dándole una longitud de cinco á seis centímetros.

Incindida la piel, hay que evitar cuanto sea posible usar el bisturí, empleando la sonda acanalada, con la cual se levantan y separan los músculos externo-tiróideos que se tocan casi en este punto. Descúbranse entónces gruesos plexos venosos que se extienden en el tejido laminar subyacente á los músculos. Entre estos plexos venosos hay intervalos paralelos á la dirección de la tráquea, que permiten separarlos; á veces, sin em-

bargo, hay que dividirlos, porque con la edad adquieren ordinariamente un desarrollo considerable. Mientras no hay venas abiertas, dice Millard en su notable tésis, es preciso proceder lentamente; y si el cuerpo tiróides no es demasiado voluminoso, ensayar desprenderle y separarle en cierta extension para evitar cuanto posible sea el incindirle. Hay que cuidar mucho de desnudar completamente la tráquea y no incindirla hasta que se la vé y se sienten bien distintamente los anillos bajo el índice de la mano izquierda. El ayudante limpia con cuidado y coloca, si hay necesidad, alguna pieza hemostática; el Cirujano, teniendo el bisturí como una pluma de escribir, coloca la punta sobre la tráquea, por debajo del cartilago cricóides, y practica una incision de un centímetro y medio á dos centímetros, teniendo cuidado de apoyar el índice de la mano izquierda en el dorso de la lámina del bisturí, para facilitar la seccion de los anillos cartilaginosos. Hecha la incision, se coloca el índice izquierdo sobre la tráquea para evitar la penetracion de sangre, y tomando rápidamente un dilatador con la mano derecha, lo introduce en la herida, mientras que el ayudante eleva ligeramente la cabeza del enfermo para disminuir la tension del cuello.

Hay que introducir el dilatador bastante profundamente; despues se coloca la cánula presentándola inclinada sobre las ramas del dilatador,

vuelto el pabellon á la derecha; se la introduce hasta que se siente un plano resistente, que es la pared posterior de la tráquea, entónces se dá media vuelta á la cánula, volviendo su pabellon adelante por la maniobra llamada vuelta del maestro, y se introduce entre las dos ramas del dilatador. Se retira el dilatador y se anudan los cordones detrás del cuello.

Procedimiento por el galvano ó termo-cauterio.

Con objeto de evitar las pérdidas de sangre que acompañan á la incision por el bisturí de los tejidos que están situados delante de la tráquea, el profesor Verneuil y Poinsoy de Bordeaux han propuesto reemplazar al bisturí por el cauterio para el primer tiempo de la operacion. Cuando el galvano-cauterio ó termo-cauterio se maneja con destreza científica y sin emplear temperatura demasiado elevada, la incision de las partes blandas se hace, en efecto, casi sin efusion de sangre, y la tráquea se descubre bastante rápidamente, pero es muy importante no abrir la tráquea con el termo-cauterio, porque habria exposicion de que sobrevinieran escaras en su parte posterior, determinadas por la irradiacion del cauterio candente.

En los niños, la traqueotomía por el termo-cauterio es muy poco empleada, siendo por otra

parte los plexos venosos poco desarrollados, las hemorragias son raras veces considerables. En el adulto este proceder puede ser algunas veces útil, pero teniendo siempre cuidado de no hacer uso del cauterio más que para la incision de las partes blandas, y de practicar siempre la incision de la membrana crico-tiróidea ó de los anillos de la tráquea con el bisturí.

La operacion con el termo-cauterio es más dolorosa que con el bisturí, lo que es tambien una contraindicacion á su empleo en los casos de crup en los niños.

Mathieu, el instrumentista, acaba de construir un termo-cauterio mucho más cómodo y ménos dispendioso que los modelos propuestos hasta hoy; es la realizacion de un gran progreso que vulgarizará el empleo diario de este instrumento.

Procedimiento rápido en dos tiempos, llamado de Bourdillat.

Manual operatorio.—Colocado el enfermo en la posicion clásica, se practica, por debajo del cricóides, en la línea media, una incision de dos á tres centímetros de longitud, y de un centímetro de profundidad. Se busca entónces la tráquea con el índice de la mano izquierda, y cuando el dedo está bien colocado, se lleva el bisturí por la cara correspondiente de la uña del índice que sirve de

guía, y se incide la tráquea verticalmente en una extension suficiente para la fácil introduccion del dilatador y de la cánula.

Procedimiento en un solo tiempo, llamado de Saint-Germain.

Los puntos de guía que más arriba hemos señalado, se buscan con la mayor exactitud y aún se señalan con tinta en el cuello del enfermo, si se tiene temor de equivocarse en el momento de la operacion. Despues, teniendo el enfermo la cabeza en semi-extension, se coge la laringe en totalidad entre el pulgar y el índice de la mano izquierda, como si se quisiese enuclearla. Véase entonces dibujarse toda la parte anterior de la laringe, se introduce perpendicularmente el bisturí en una longitud de un centímetro y un cuarto á centímetro y medio, segun las edades y la mayor ó menor gordura del niño. Cuando el bisturí ha penetrado en la tráquea, se oye un silbido, y un chorrito de sangre aparece sobre el reborde de la lámina. Con objeto de hacer estos fenómenos más sensibles, he hecho practicar una ranura en el dorso de la lámina de mi bisturí; ranura que me presenta aún otra ventaja, la de poderme servir de guía para la introduccion de mi dilatador despues de haber agrandado la incision de la tráquea. Por esta modificacion al procedimiento de Saint-

Germain evito una parte de la operacion, que algunas veces es muy penosa para el operador: el buscar la incision traqueal en medio de una herida bastante estrecha y profunda, cosa que es á veces tanto más difícil, quanto que el derrame y proyeccion bastante considerable de sangre, oscurece el campo de la operacion.

Las medidas hechas por Dubar han demostrado que señalando un punto de mira en la lámina del bisturí, á un centímetro y un cuarto de su punta, se tiene seguridad de haber siempre en el niño bastante longitud para penetrar en la tráquea, y que por otra parte, con esta longitud, es imposible herir la pared posterior de la misma. Colocado el dilatador, la aplicacion de la cánula se hace de la manera indicada precedentemente.

En los casos de traqueotomía en los niños, es preferible el empleo de uno de estos dos últimos procederes; la hemorragia no es de temer en esta edad, salvo raros casos, y el rebasamiento de sangre cesa en cuanto la cánula está colocada.

En el adulto, ya no es lo mismo; lo más ordinariamente se recurre ya á la traqueotomía lenta ó ya á la traqueotomía con el cauterio. Empleando este último proceder no es de temer la hemorragia cuando no se procede muy rápidamente, y si no se pasa de la temperatura del rojo cereza un poco oscuro, pues de otro modo se cortan los

tejidos casi á ciegas, y el verdadero Cirujano, procediendo con prudente y sábia lentitud, prefiere ver capa por capa, qué tejidos encuentra bajo su instrumento, y de este modo acude al bisturí y á la sonda acanalada cuando así es conveniente, cuidando perfectamente de hacer que limpien con la esponja, y pudiendo aplicar las pinzas hemostáticas si el derrame de sangre tiende á persistir. Con estas precauciones, se tiene seguridad de que no haya hemorragia.

El punto de eleccion más frecuente de la traqueotomía, corresponde á los primeros anillos de la tráquea, pero en algunos casos es más conveniente practicarla al nivel de la membrana crico-tiróidea; esta última operacion es sólo posible en el adulto, y no puede hacerse sinó en los casos en que esta membrana tiene una longitud suficiente para permitir la entrada de la cánula.

Los instrumentos que yo empleo para la traqueotomía, son los siguientes

1.º Un bisturí ligeramente convexo y puntiagudo, y cuando quiero hacer la operacion en un sólo tiempo, hago uso de un bisturí de la forma dicha, pero que lleva una ranura en el dorso, la que sirve de conductor cuando introduzco el dilatador en la herida traqueal.

2.º Una ó varias sondas acanaladas y ganchos romos separadores.

3.º Varias pinzas hemostáticas é hilo de ligadura.

4.º Un tenáculum y una aguja de Deschamps.

5.º Un dilatador, ya el simple, ya el de Laborde de tres ramas.

6.º Una série de cánulas dobles, de diámetro, de longitud y de curvatura diferentes, con aletas movibles para los lazos, para facilitar los movimientos del cuello.

Se han imaginado diversas variedades de cánulas para poder hablar, pero su descripción nos obligaría á entrar en largos detalles, que por otra parte un simple exámen de estos aparatos los haria inútiles.

Cuando se emplea el proceder térmico, se hace uso del galvano ó del termo-cauterio; pero tanto en uno como en otro caso, es preciso abstenerse de emplear temperaturas demasiado elevadas, y cuidar de que los cauterios que se empleen no sean muy cortantes y presenten cierto espesor. Si se hace uso del galvano-cauterio, es conveniente tener un regulador que permite graduar la intensidad de la corriente.

BIBLIOGRAFÍA.

Tratados y obras generales sobre enfermedades de la laringe.

Con objeto de no distraer la atención del lector con las notas bibliográficas colocadas al pie de cada página, las he reunido todas en este capítulo especial.

BECKER.—*Dissertatio de angina*. Iéna, 1678.

SCHMID.—*Diss. de angina*. Vienne, 1790.

HEDOIN.—*Diss. sur l'angine inflammatoire*. Thèse Paris, An X.

MOUTARD-MARTIN.—*Propositions sur les différentes espèces d'angines*. Thèse Paris, 1806.

CHEYNE.—*The pathology of the membrane of the larynx and bronch*. Edimbourg, 1809.

PORTER.—*Observations on the surgical pathology of the larynx and trachea*. Dublin, 1826.

VIDAL DE CASSIS.—*Diagnostic Différentiel des diverses espèces d'angines*. Agrégation, 1832.



- BENNATI.—*Recherches sur les maladies qui affectent la voix humaine*. Paris, 1832.
- COLOMBAT.—*Traité médico-chirurgical des maladies des organes de la voix*. Paris, 1834.
- VERNOIS.—*Laryngite sous muqueuse, sous glottique* (Bulletin soc. anatomique, 1836).
- RYLAND.—*A treatise on the diseases and injuries of the larynx*. London, 1837.
- BLACHE.—*Article des maladies du larynx du dictionnaire de médecine*. Paris, 1838.
- DUPAS.—*Diagnostic des maladies du larynx*. Thèse Paris, 1840.
- PIORRY.—*Des maladies des voies aériennes*. Paris, 1843.
- TOURTUAL.—*Neue untersuchungen über den Bau des menschlichen Schlund*. Leipzig, 1846.
- HASTINGS.—*Treatise on diseases of the larynx and trachæa*. London, 1850.
- DUFOUR.—*Essais sur le diagnostic des maladies de la voix et du larynx*. Paris, 1851.
- GREEN.—*A treatise on Diseases of the air-passages*. New York, 1855.
- FRIEDREICH.—*Die krankheit der Nase, des kehlkopfes und der trachea*. Erlangen, 1858.
- HATIN.—*Etude sur les maladies du larynx*. (In. Revue médicale, avril 1858),
- TURCK.—*Mittheilungen über einige mit dem kehlkopfspiegel, etc., etc*. Vienne, mars, 1859.
- KHARASSANDJEAN.—*Diagnostic raisonné des affections du larynx*. Thèse Paris, 1859.
- CZERMAK.—*Der kehlkopfspiegel und seine Verwerthung*. Leipzig, 1860.
- TURCK.—*Plusieurs articles de laryngologie* (In Allgem. Wien. Zeitung, année 1860).
- RUHLE.—*Die kehlkopfskrankheiten*. Berlin, 1861.
- STORK.—*Zur laryngoscopie*. Wien, 1860.

- BATAILLE.—*Nouvelles recherches sur la phonation*. Paris 1861.
- FAUVEL.—*Du laryngoscope au point de vue pratique*. Thèse Paris, 1861.
- MOURA-BOUROUILLON.—*Laryngoscopie*. Paris, 1861.
- BALASSA.—*Beitrag zur laryngoscopie in pathologischer u therapeut, etc*. Wien, 1863.
- LEWIN.—*Articles de laryngologie* (In Virch. Arch. 1862.)
- VERNEUIL.—*Articles de laryngologie* (In Gazette hebdomadaire, 1862-63 et 64.)
- FOURNIÉ.—*Etude pratique sur le laryngoscope*.—Paris, 1863.
- SIEVEKING.—*Practical remarks on the laryngeal diseases*. London, 1863.
- GIBB.—*Illustrations of the practic. applications of laryngoscope*. London, 1863-1865 et 1866.
- WALKER.—*The laryngoscope its clinical applic.* (In British Med. London, 1863.)
- TOBOLD.—*Lehrb. d. laryngos. u. d. local therap.* Berlin, 1863.
- BAUMGARTNER.—*Die krankheiten des kehlkopfes*. Freiburg, 1864.
- RUSSEL.—*Diseases of the Throat*. (Ned. journ. 1864.)
- TERMASÉN.—*Krankh. des larynx*. Caunstda, 1864.
- TURCK.—*Laryngosopo clinische*. Wien, 1864.
- DION.—*On diseases of the Throat*. London, 1865.
- CUINIER.—*Bulletin acad. méd.* Paris, 1865 et 66.
- WATSON.—*On the topical medication of the larynx*. London, 1864.
- MAY.—*Sur le rétrécissement des voies aériennes*. Thèse Paris, 1865.
- TURCK.—*Klinik*. Wien, 1866.
- PEYRE.—*Plaite du conduit laryngo tracheal*. Thèse Paris,
- TOBOLD.—*Die cronischen kehlkopfskrankheiten mit spezieller rucksicht auf laryngoscopische diagnostic*. Berlin, 1866.

- DA COSTA.—*Inhalations in the treatment of diseases of the respiratory passayes*. Philadelphie, 1866.
- MACKENZIE.—*The use of the larynhoscope in diseases of the throat*. London, 1865, Paris, 1867.
- GERHARDT.—*Casuistische mitheilungen uber krankheiten der oberen*. Luftewege, 1867.
- MILLIOT.—*Insufflateur du larynx*. Paris, 1867.
- CARPENTIER.—*Laryngite chronique*. Paris, 1867.
- WALDENBURG.—*Uber chron. Entzand des pharynx und larynx*. Berlin, klin., 1867.
- LIWINGSTON.—*Laryngitis exsudatoria* (American journ. of med. 1867.)
- PETER et KRISHAHER.—*Article larynx* (In dict. encycl. des sciences méd. Paris, 1868.)
- DELESCHAMPS.—*Etude physique des sons de la parole*. Thèse Paris 1869.
- PLANCHON.—*Faits cliniques de laryngotomie*. Thèse Paris, 1869.
- POJOLAT.—*Des modifications imprimées aux laryngistes par les diathèses*. Thèse Paris, 1870.
- GERHARDT.—*Notes sur les affections du larynx* (Deutsch. archiv klinik., 1873.)
- FLEISCHMANN.—*Differential diagnose acuter mit rachenaffectiohem. beginnender krankheiten des kindesalters*. Wien, 1874.
- ISAMBERT.—*Classification des maladies du larynx* (Anales du larynx, 1875.)
- COYNE.—*Anatomie de la muqueuse laryngée* Thèse Paris 1874.
- SCHROETTER.—*Laringol mitheilungen*. Wien, 1875.
- FOVVLER.—*Tracheatomie par le galvano cautère médical record*. New-York, 1875.
- BATTINI.—*Extirpation du larynx*. Milan, 1875.
- MENZEL.—*Sur la laryngotomie*. Bologne, 1875.
- SCHOEFFER.—*Mélanges de laryngoscopie*. Deutschiklin, 1876.

ISAMBERT.—*Conférences chimiques sur les maladies du larynx*. Paris, 1877.

MASSEI.—*Pathologie et therapie du larynx*. Milan, 1877.

HERMANTIER.—*Extirpation du larynx*. Thèse Paris, 1876.

STÖRK.—*Clinique des maladies du larynx*. Stuttgart, 1876.

REYHER.—*De la laryngotomie*. Saint-Pétersbourg, 1877.

ZANERTAL.—*Clinique de laryngoscopie*. Rome, 1877.

LENNOX BROWNE.—*The throat and its diseases*. London, 1878.

GASQUET.—*Vertige laryngé*. Pratictionner, 1878.

FRAENKEL.—*De l'emploi de la flamme sensible pour diagnostiquer les affections vocales*. Berlin klinik wocheus oct., 1878.

COLOMBAT.—*Traité d'ortophonie*. Paris, 1879.

JAMES.—*Leçons sur la laryngoscopie*. Londres, 1879.

Anginas y laringitis locales y primitivas.

HOME.—*Cases of the inflammation of the epiglottis* (In Med. chirurg., 1808).

CHEYNE.—*Pathology of the larynx*. Edimbourg, 1809.

DE BRUCQ.—*Laryngite chronique*. (Annales litt. médicales. Paris, 1806.

TUILIER.—*Essai sur l'angine laryngo-œdemateuse*. Paris, 1815.

BAYLE.—*Mémoire sur l'œdème de la glotte*. Paris, 1819.

PATISSIER.—*Angine laryngée œdemateuse* (Revue méd. 1820.

BLAUD.—*Nouvelles recherches sur la laryngo-traite*. Paris, 1832.

LISFRANC.—*Mémoire sur l'angine laryngée œdemateuse*. (Journ. de méd., 1823).

BRETONNEAU.—*Des inflammations spéciales du tissu muqueux*. Paris, 1826.

COSTALLAT.—*Œdème de la glotte*. Paris, 1829

- DALMAS.—*Angine laryngo-pharyngée* (In journ. hebd. de médecine, 1829).
- LOUIS.—*Inflammation simple de l'épiglotte* (In lancette méd. Paris, 1832).
- MILLER.—*Laryngite purulente*. London, 1833.
- CHOMEL.—*Clinique médicale*. Paris, 1834.
- SEDILLOT.—*Angine laryngée aiguë* (In bull. acad. médecine. 1836).
- THOMAS.—*Gangrène de l'épiglotte* (In Bullet. soc. anat., 1836).
- VERNONI.—*Laryngite sous-muqueuse, sous-glottique* (In Bull. soc. anat., 1836).
- VALLEIX.—*Mémoire sur l'œdème de la glotte* (Acad. de méd., 1845).
- BARSTETT.—*The history diagnosis and treatment of œdemater laryngitis*. Louisville, 1850.
- BENDZ.—*Ueber glottisœdem*. Hospital meddelelser, 1853.
- GREEN.—*On lesions of the epiglottis* In New-York journ., 1857).
- ARLAND.—*Trois cas graves de laryngite* (In Gaz. hebd., 1860).
- BOUDANT.—*Laryngites au Mont-Dore*, 1861.
- WATSON.—*On the topical medication of the larynx*. London, 1864.
- MONDL.—*Laryngite chronique granuleuse* (In Gaz. hop., 1864).
- DU MÈME.—*Laryngite chronique simple*, 1872.
- ORWIEN.—*Laryngite glanduleuse chronique*. Thèse Paris, 1869.
- BOUCHARD.—*Angine laryngée œdemateuse* (Bull. de therap., 1869.)
- BOELT.—*Œdème ambulat non inflammatoire* (Méd. milit., 1870.)
- RAYNAUD.—*Sur un cas de mort survenue dans le cours d'un œdème de la glotte* (Union méd., 1870.)

- RAPALLO.—*Ulcerazione della larynge*. Gênes, 1872.
- DAVOSEN FINUCANE.—*Observation a case af aphonia* (Dublin journal, 1873.)
- SCHEFF.—*Soor imkehlkopfe* (Wiener press., 1873.)
- KLEMM.—*Rapports entre l'enrouement et la cause anatomique du T. V* Heilk. archives, 1875.
- LAYERAN.—*Œdème de la glotte consécutif à une angine simple* (France médic., 1876.)
- KRISHABER.—*Cornage chez l'homme* (In annal. lary, 1877.)
- LOREL.—*Laryngite œdemateuse*. Paris, 1878.
- CAPITAN.—*Laryngite œdemateuse* (Ann. lary., 1878.)
- CATTI.—*Inflam, hypertroph. de cordes voc.* Wien, 1878.

Anginas y laringitis ligadas á enfermedades generales agudas.

La mayoría de las observaciones publicadas antes, bajo el nombre de anginas ulcerosas epidémicas y anginas gangrenosas, pertenecen á esta categoría y son anginas difteríticas, escarlatinosas y anginas de la fiebre tifoidea.

- PRETISSIER.—*Angine laryngée œdemateuse avec abcès dans le cartilage cricoide* (In Revue médicale, 1820.)
- LOUIS.—*Sur la fièvre typhoide*. Paris, 1841.
- ENNUET.—*On œdemea glottidis resulting from typhus fever* (Americ. journ., 1856.)
- LEUFTLEBEN.—*Chondritis laryngea* (In deutch klinik. 1857.)
- MILLARD.—*De la tracheotomie dans le cas de croup*. (Thèse Paris, 1858.)
- COLIN.—*Laryngite nécrosique aigue, suite de fièvre typhoide* (Union méd., 1863.)

- CADET DE GASSICOURT.—*Laryngite morbilleuse* (in France médicale, 1866.)
- DUTHEIL.—*Œdème de la glotte après la fièvre typhoïde.* (Th; Paris, 1879.)
- NLLIVIER.—*Pathogenie de angine herpetique.* (Soc. anat, 1872.)
- BERGERET.—*Affections croupales de la gorge* (Lyon med. 1874.)
- NEURY.—*Perchlorure de fer dans la diphtherie* (Thèse Paris, 1872.)
- MAUSON.—*Diphthérie et paralysie diphthéritique* (Thèse Paris, 1874.)
- ALAYS MONTI.—*Croup chez les enfants* (Wiener Klinik 1875.)
- ISAMBERT.—*Nature de l'angine glanduleuse et folliculeuse.* (Annales larynx, 1875.)
- ORG.—*Laryngite de fièvre typhoïde* (Bull. et Anat. 1875.)
- WISZNIEWSKI.—*Périchondrite laryngée à la suite de la variole* (Centralbl. f. chirurg. 1875.)
- BOUVERET.—*Angine de fièvre typhoïde* (Annales, 1876.)
- FERNET.—*Herpès du larynx* (France méd., 1878.)
- COULON.—*Larynx d'un malade mort d'affection farcino morveuse* (Progrès. méd., 1878.)
- CADET DE GASSICOURT.—*Laryngite pseudo membraneuse secondaire* (France médicale, 1876.)
- BONNEFOND.—*De l'angine typhoïde* (Thèse Paris, 1879.)
- WISSEMANS.—*De la larynite ulcéro-nécrosante dothirrenterique* (Thèse Paris, 1879.)

**Anginas crónicas ligadas á enfermedades
diatésicas.**

- PETIT.—*Diss. de phthis laryngea* (Montpellier, 1790).
- SAUVÉE.—*Recherches sur la phthisie laryngée* (Paris, 1802 et 1808.)

- LAIGNELET.—*Recherches sur la phthisie laryngée* (Thèse Paris, 1806.)
- DOUBLE.—*Mémoire sur la phthisie laryngée* (In bullet. Faculté Paris, 1806).
- PAPILLON.—*Du larynx et de la phthisie laryngée* (Thèse Paris, 1812).
- LEPINE.—*De la phthisie laryngée* (Thèse Paris, 1816.)
- SEGAUD.—*Recherches de la phthisie laryngée* (Strasbourg, 1819).
- MARSHALL HALL.—*Histoire d'une inflammation chronique du larynx, dans laquelle la laryngotomie et le mercure ont été employés avec succès.* (In revue méd. 1820).
- PRAVAZ.—*De la phthisie laryngée* (Th. Paris, 1824.)
- KULEZZA.—*Diss. de phth. laryngea* (Vilna, 1821).
- DARDARE.—*De la syphilis laryngée* (Thèse Paris, 1827).
- BOÉ.—*Syphilis laryngée* (Th. Paris 1829).
- ASSELIN ET VELTÉ.—*Syphilis laringée* (2 thèses Paris. 1830).
- BENNATI.—*Maladies de la voix* (1832.)
- CRUVEILHIER.—*Dictionnaire de médecine* (Paris, 1834).
- TROUSSEAU ET BELLOC.—*Mémoire sur la phthisie laringée* Paris, 1837).
- BARTH.—*Mémoire sur les ulcérations des voies aériennes* (Paris, 1839).
- CAZENAVE.—*Traité des syphilides* (1843).
- NEUMANN.—*Ucl. die chronic ulcer. laringe* (1847).
- MARTELLIÈRE.—*Angine syphilitique* (Thèse Paris, 1854).
- KOKITANSKI.—*Traité d'anatomie pathologique* (Vien, 1854).
- LEBERT.—*Traité d'anat. pathol.* (Paris 1857).
- HAUSEN.—*Pall von syphilitischer larynge stenose* (1860).
- FAURE.—*Chronic syphilit. laringitis* (In lancet, 1859).
- RUSSELL.—*Syph. laring.* (In Brit. méd., 1861).
- DARKE.—*Syphil. laring.* (In lancet, 1861).
- GERHARDD.—*Ueber syphilitische etc.* (1861).
- GILEWSKI.—*Vegetat. syph. du larynx* (Gaz hebdom., 1861).

- RUHLE.—*Die Kehlkopfskr* (Berlin, 1861).
- FOREST.—*Laryngite ulcéreuse* (Th. Paris, 1863).
- DANCE.—*Eruptions du larynx dans la syphilis* (Paris, 1864).
- EMPIS.—*De la granulé* (Paris, 1865).
- LANCEREAUX.—*Traité de la syphilis* (Paris, 1866).
- HERARD ET CORNIL.—*De la phthisie pulmonaire* (Paris 1867).
- ROLLET.—*Article laryngit syphilitique de dict. des sciences médicales* (1860).
- TROUSSEAU.—*Clinique médicale* (1870).
- ISAMBERT.—*Société des hôpitaux* (1872).
- MANDL.—*Traité des maladies du larynx* (1872).
- FERRAS.—*Syphilis laryngere* (Thèse Paris, 1872).
- KOCH.—*Angine scrofuleuse* (Thèse Paris, 1873).
- BERGEAUD.—*Manifestation de la tuberculose sur le larynx* (Thèse Paris, 1873).
- DEEL.—*Phthisie laryngée* (Th. Paris, 1872).
- LASÉGUE.—*Tuberculose et érysipéle de la gorge* (Archives, 1873).
- BERGEAUD.—*Nature et traitement de phth. laryngée* (Thèse Paris, 1873).
- MEYER.—*Der gergenwœrtige Stand der frage von der kelbkopbschwindsucht* (Corr. Blatt, 1873).
- PIPONIER.—*Angine rhumatismale* (Th. Paris, 1876).
- LAGONNÈRE.—*Angine rhumat. et goutteuse* (Th. Paris, 1876).
- MASSON.—*Laryngite syphilitique* (Th. Paris, 1874).
- REY.—*Syphilis tracheale* (Th. Montpellier, 1874).
- HOMOLLE.—*Angine scrofuleuse* (Thèse Paris, 1875).
- ISAMBERT.—*Gommes syphilitique de l'épiglotte* (In annales du larynx, 1875).
- ISAMBERT.—*Herpestime et arthréisme de la gorge* (id., 1875).
- MAURIA ET KRISBAHER.—*Laryngopathies pendant les premières de la syphilis* (In annales du larynx, 1875).
- PERONNE ET ISAMBERT.—*Syphilis laryngée, ulcérations et végétations, etc.* (In. annales, 1875).

- MARIET.—*Phthisie laryngée* (Lancet exandon, 1875).
- BUCQUOY.—*Laringite tuberculeuse et syphilis* (Gaz. Hôpitaux, 1875).
- POYET.—*Syphilis laryngée* (Ann. dennat, 1875).
- USBERG.—*Retrecis. syphil. de glotte* (Annales dennat, 1875).
- MASSON.—*Asphyxie dans la syph. laryngée* (Th. Paris, 1875).
- ISAMBERT.—*Tuberculose miliaire de la gorge* (Annales du larynx, 1876).
- ISAMBERT.—*Syphilis secondaire du larynx* (An. larynx, 1876).
- SIMAIS.—*Asphilies laringée* (Th. Paris, 1877).
- PASPELOW.—*Acide chronique dans les affections siph. du larynx* (Annal. dennatologie, 1878).
- KRISBAHER.—*Troubles respiratoires dans les laryng. syphil.* (Gaz. hebdom., 1878).
- DESNOS.—*Perforacion de la voûte palatine* (France méd., 1878).
- LEFFERTS.—*Lupus du larynx* (Annal. laring., 1878).
- PELAN.—*Phthisie laryngée* (Thèse Paris, 1878).
- BERINGIER.—*Lupus du nez et du larynx* (Annales larynx, 1878).
- CHUQUET.—*Gomme du pharynx* (Annales larynx, 1878).
- FAUVERTEIX.—*Angine scrofuleuse* (Thèse Paris, 1878).
- HEINZE.—*Phthisie laringée* (Leipzig, 1878).
- LEPINE.—*Phthisie laringée* (Annales larynx, 1879).
- MOURE.—*Diagnostic de la syphilis et de la phthisie laringée* (Thèse Paris, 1879).
- BARTH.—*Angine tuberculeuse* (Thèse Paris, 1880).

Neurosis de la laringe.

- SIMPSON.—*De asthmate infanterow spasmodico* (Paris 1761).
- MILLARD.—*Bemerkungen uher die engrüstikeit und das hülnerwch ansd eng.* (1769).
- CRADFORD.—*De Cynanche stridula* (Edimb., 1771).
- MARSH.—*Observat. spasmod. of glottis* (Dublin, 1831).

- KUSSMAUL.—*Ueber asthma thymicum* (Zweibrucken, 1834).
- HUG-LEY.—*An essay on the laryngismus stridulus* (London, 1836).
- VEESENMEYER.—*De asthma thym. duss.* (Eidelberg, 1843).
- JAN.—*Einige falle von laryngismus stridulus* (1844).
- ROYER.—*Dictionn. de médecine* (1847).
- HERAR.—*Du spasme de la glotte* (1848).
- JAMES KEID.—*On infantile laryngismus* (London, 1849.)
- LEDERER.—*Beobachtungen uber spasmus glottidies* (Journal fur Kinderkrautt, 1852).
- MANCH.—*Die asthmatischen* (Berlin, 1853).
- SALATHÉ.—*Recherches sur le spasme de la glotte chez les enfants* (Archives, 1856).
- LUZSINSKY.—*Die laryngitur bei kindern* (Wien. med. 1860.)
- JACALNY.—*Laryng striduleuse* (New-York, 1860.)
- MANDL.—*Neurose chronique du larynx* (in Gaz. hôpitaux, 1871.)
- TURCK.—*Troubles de la motilité du larynx* (Archives médecine, 1862.)
- TURCK.—*Motilitätsstörung der Kehlkopfs* (All. Wien med. Zeit., 1863.)
- KRISHAHER.—*Gazet. hebd.* (1868.)
- CAPMAR.—*Spasme de la glotte dans l'age adulte* (Thèse Paris, 1868.)
- TERSEL.—*Laryngite striduleuse* (Thèse Paris, 1870.)
- JOHNSON.—*Spasme glottir* (1870 et 1871.)
- NICOLAS DURANTY.—*Diagnostic des paralysies motrices du larynx* (Paris, 1872.)
- SAVOYER.—*On come neurose of the larynx* (Bit. Med. journ., 1874.)
- DUMAS.—*Spasme laryngien* (Montpell. med., 1874.)
- LARLIER.—*Paralysie hystérique* (Toulouse, 1875.)
- SECRETAN.—*Paralysies laryngées.* (Thèse Zurich, 1876.)
- TISSOT.—*Paralysie du larynx* Paris, 1876.)

- POYET.—*Paralysies du larynx* (Th. Paris, 1877.)
- FEITH.—*Paralysie latérale des muscles dilatateurs de la glotte* (Berlin Klinik, 1874.)
- PEAUCELLIER.—*Laryngite spasmodique* (Th. Paris, 1876.)
- GROLLEMUND.—*Aphonie rapidement guérie par l'électricité* (Revue de l'Est, 1875.)
- CLINTON.—*Affections nerveuses de la gorge* (New-York 1875.)
- DREYFUS-BRISSAC.—*Anévrysme de l'aorte, cornage* (Ann. larynx, 1877.)
- RAYNAUD.—*Anévrysme aorte, paralysie C. V.* (Annales laryng., 1877.)
- PAUL KOCH.—*Paralysie des muscles dilatateurs propres de la glotte* (in ann. laryng., 1877.)
- WHEELER.—*Chorée de la glotte* (Boston, 1878.)
- GERHARDT.—*Paralysie hystérique des cordes vocales* (Wurzburg, 1878.)
- MESCHEDE.—*Paralysie des cordes vocales* (Berlin, 1878.)
- HEYMAN.—*Crampe des fausses cordes vocales* (Berlin, 1878.)
- BACHI.—*Chorée laryngienne* (1879.)
- FAULION.—*Paralysie laryngée* (in annales, 1879.)
- JUARAZ.—*Diagnostic des paralysies des cordes vocales* (1879.)
- MARTEL.—*Paralysies des cordes vocales* (in annales, larynx, 1879.)
- MASSEY.—*Chorée laryngienne* (Milan, 1879.)
- FOLLENFANT.—*De l'aphonie nerveuse* (Lhèse Paris, 1879.)
- MARCHAND.—*Paralysies laryngées* (Thèse Paris, 1879.)

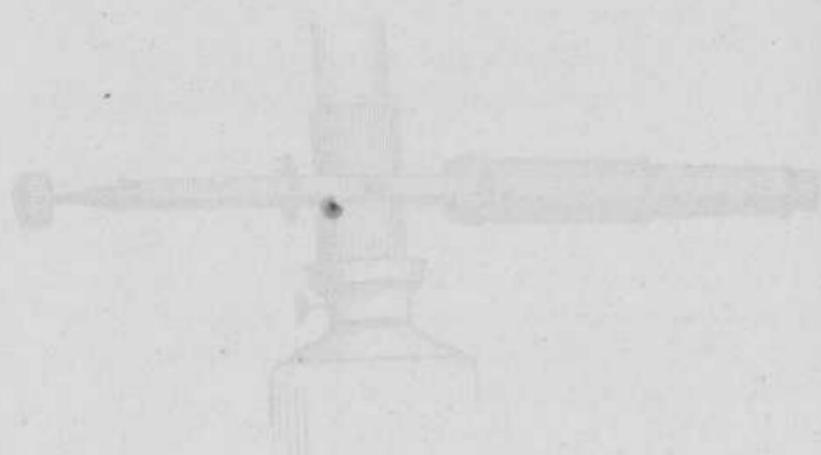
Pólipos y cánceres de la laringe.

- DUPUYTREN.—*Polypes du larynx* (Paris, 1833.)
- URNER.—*De tumoribus incano laryngée* (Boun, 1833.)
- EHRMANN.—*Polypes du larynx* (Strasbourg, 1842.)
- KOKITANSKY.—*Polypes du larynx* (Union médic., 1851.)
- KEISKEL.—*Tumores laryngei* (Breslau, 1861.)

- FAUVEL.—*Polypes des cordes vocales* (Paris, 1862.)
- LEWIN.—*Polypes des kehlkofs* (Deutsche Klinik, 1862.)
- BRUMD.—*Polypen des kehlkopfs* (Tubingent, 1868.)
- FALLIN.—*Plusieurs observations de polypes* (de 1862 á 1866.)
- FOURNIÉ.—*Tumeur laryngienne* (Paris, 1865.)
- CAYZIT.—*Etude sur les polypes du larynx* (Thèse Paris, 1866.)
- BLANC.—*Cancer du larynx* (Th. Paris, 1872.)
- BEVERLY ROBINSON.—*Cas de tumeur intra laryngée* (American Journal of. and., 1872.)
- KLEMM.—*Zwei kehlkop neubildungen bei kinderwe* (Leipzig, 1874.)
- NEVMANN et BUREW.—*Dégénérescence amyloïde des tumeurs du larynx* (Archiv. f. kilinik, 1874.)
- CHANDELIER.—*Carcinome œsophago-laryngien* (Lyon médical, 1875.)
- BUROW.—*Polype de corde vocale* (Klinik Berlin, 1875.)
- BUSEY.—*Epitheliome du larynx* (American journal, 1875.)
- DESCAUT.—*Cancer primitif du larynx* (Th. Paris, 1875.)
- BROWNE.—*Tumeurs bénignes du larynx* (British med., 1875.)
- FAUVEL.—*Polypes et cancer du larynx* (Paris, 1876.)
- MONOD.—*Cancer du larynx* (Bull. soc. anat. 1876.)
- ISAMBERT et BAILLY.—*Cancer du larynx* Des annales laryng., 1876.)
- LAFONT.—*Cancer du larynx* (Annal. laryng., 1876.)
- BUDE.—*Angiome caverneux de la luette* (Annales larynx, 1877.)
- MONOD.—*Cancer du larynx* (Des annal. laryng., 1877.)
- BOYER.—*Caneer de l'épiglotte* (Des annales laring., 1877.)
- BERSHOVNER.—*Kyste de l'épiglotte* (Berlin, Klinik, 1877.)
- LAFFERTÉ.—*Palypes du larynx* (Annales laryng., 1878.)
- SEILER.—*Tumeur du larynx* (Philadelphie, 1878.)
- BUROW.—*Papillomer des cord. voc.* (Berlin, 1878.)

- KOCHE (Paul).—*Cancer du larynx* (in *Annales larynx*, 1878 et 1879.)
- KRISHABER.—*Cancer du larynx* (*Annal. laryng.*, 1879.)
- SABOURIN.—*Epithelioma primitif de la trachée* (*Deu. annal. larynx*, 1879.)
- GILBERT SMITH.—*Epithelioma du pharynx et du larynx* (*Brith. médéc. Journal*, 1880.)

ATLAS INSTRUMENTAL



ATLAS INSTRUMENTAL

LÁMINA I.

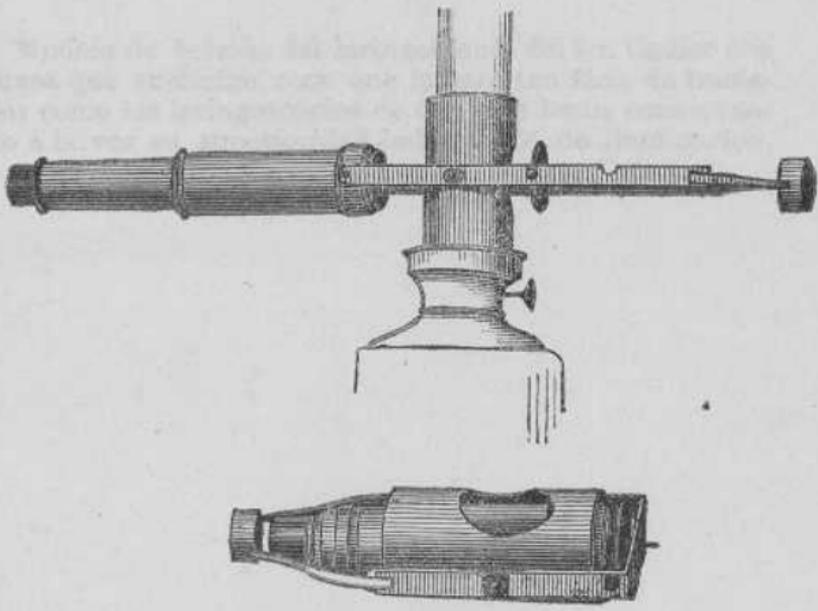


Fig. 1.^a

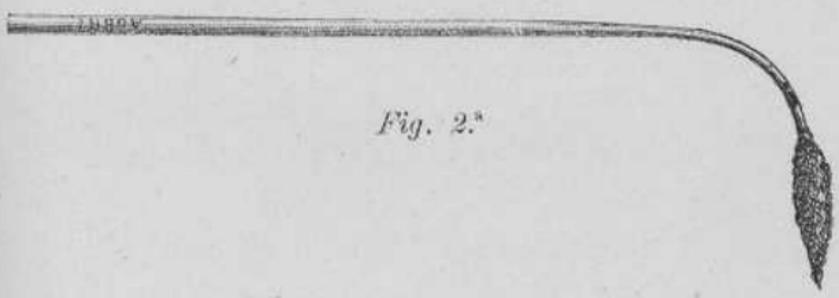


Fig. 2.^a

LÁMINA I.

Fig. 1.^a

Modelo de bolsillo del laringoscopio del Dr. Cadier con tubos que enchufan, cosa que lo hace tan fácil de trasladar como los laringoscopios de una sola lente, conservando á la vez su superioridad indiscutible de iluminacion.

Fig 2.^a

Porta-caústico laríngeo. En su extremidad se fija una esponja ó algodón y la otra se adapta á un mango como el de los espejos laríngeos.

LÁMINA II.



Fig. 1.ª



Fig. 2.ª

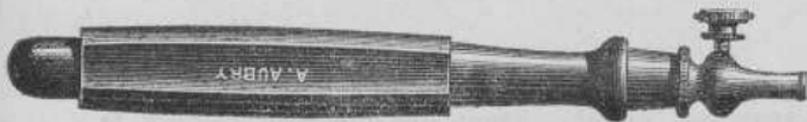


Fig. 3.ª

LÁMINA II.

Fig. 1.^a

Polipotomo de anillo cortante de Collin.

Fig. 2.^a

Porta-caústico de Collin, en el que la cubeta puede cambiarse para la aplicación de caústicos sólidos en cualquier punto de la laringe.

Fig. 3.^a

Mango de espejo y de porta-caústico laríngeos, de Aubry.

PLATE III

PLATE II

Top view of the seal of the University of Salamanca

The seal of the University of Salamanca, as it appears in the original, is a circular seal with a central shield containing a lion rampant. The shield is surrounded by a circular border containing the text "UNIVERSITAS SALAMANICENSIS" at the top and "LEON" at the bottom. The seal is shown in a top-down view, with a faint outline of the seal's reverse side visible below it.



Seal of the University of Salamanca, as it appears in the original, is a circular seal with a central shield containing a lion rampant. The shield is surrounded by a circular border containing the text "UNIVERSITAS SALAMANICENSIS" at the top and "LEON" at the bottom. The seal is shown in a top-down view, with a faint outline of the seal's reverse side visible below it.

LAMINA III.

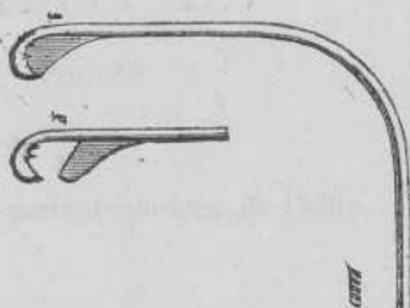


Fig. 1.ª

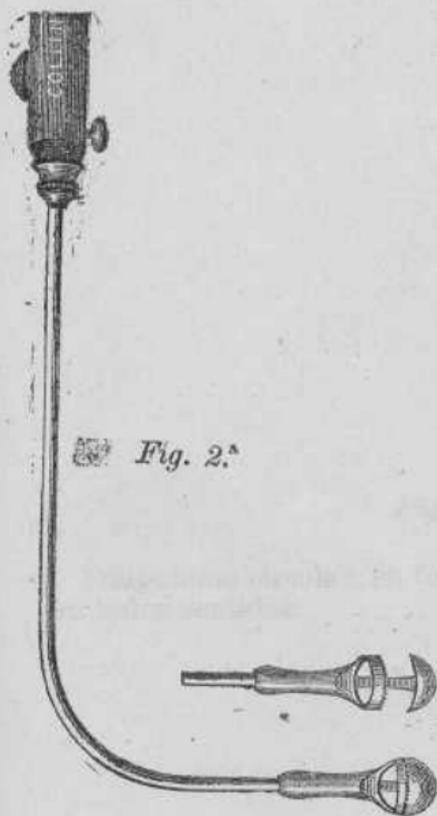


Fig. 2.ª



LÁMINA III.

Fig. 1.^a

Polipotomo de hoja cortante oblicua, de Collin.

Fig. 2.^a

Polipotomo circular, en forma de media esfera, girando en todos sentidos.

LAMINA IV.

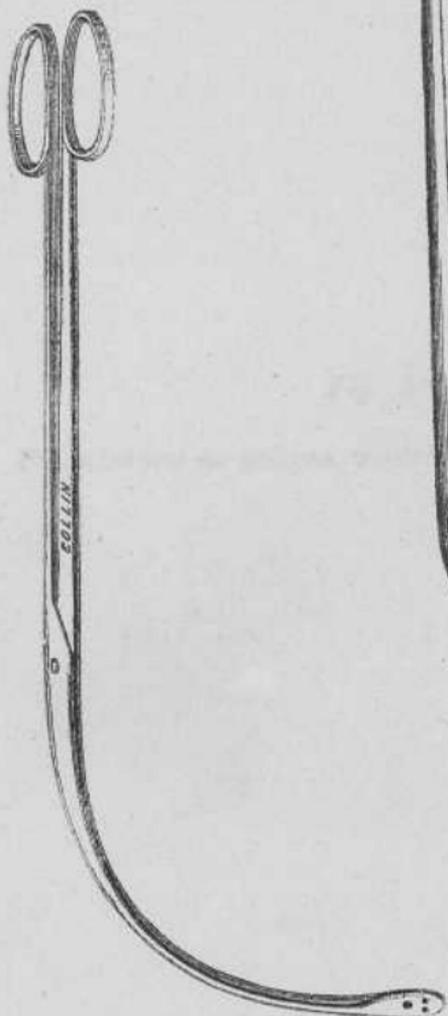


Fig. 2.ª

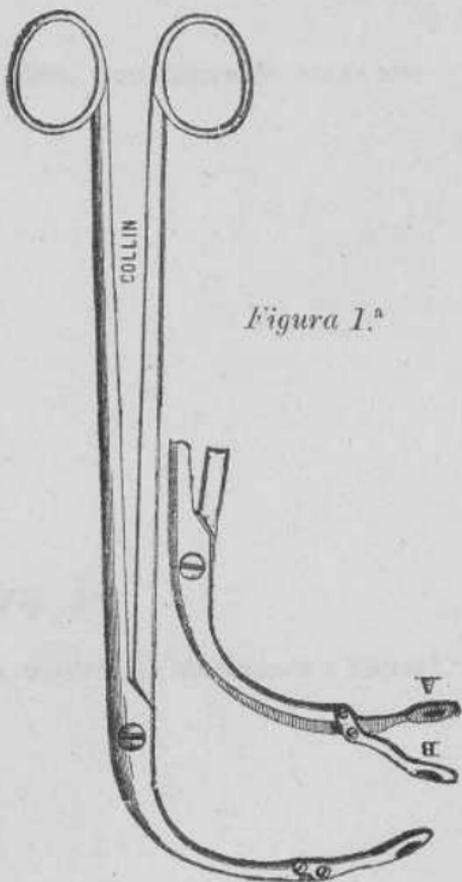


Figura 1.ª

LÁMINA IV.

Fig. 1.^a

Pinza de pólipos, de Collin, que cierra de atrás adelante.

Fig. 2.^a

Pinza lateral de pólipos, modelo de Mackenzie y Fauvel.

LAMINA IV

LAMINA V

PL. 18

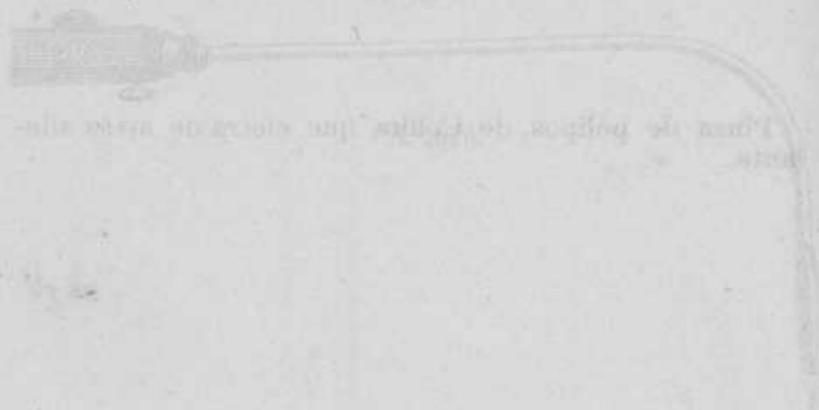


Figura de un aparato de vapor que se usa en las minas.



Figura de un aparato de vapor que se usa en las minas.

LAMINA V.

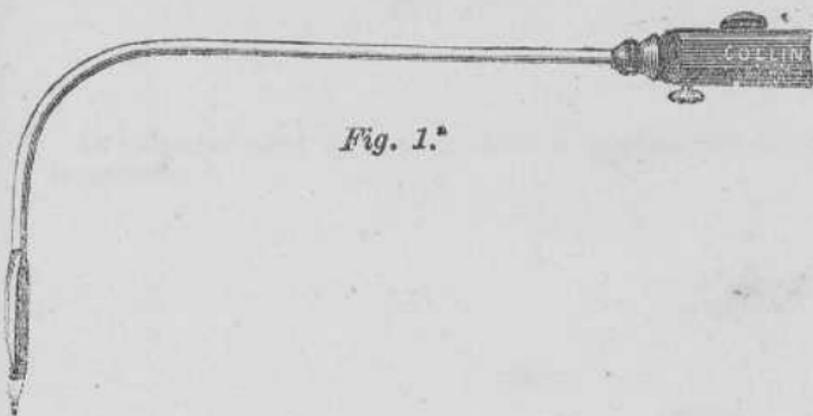


Fig. 1.^a

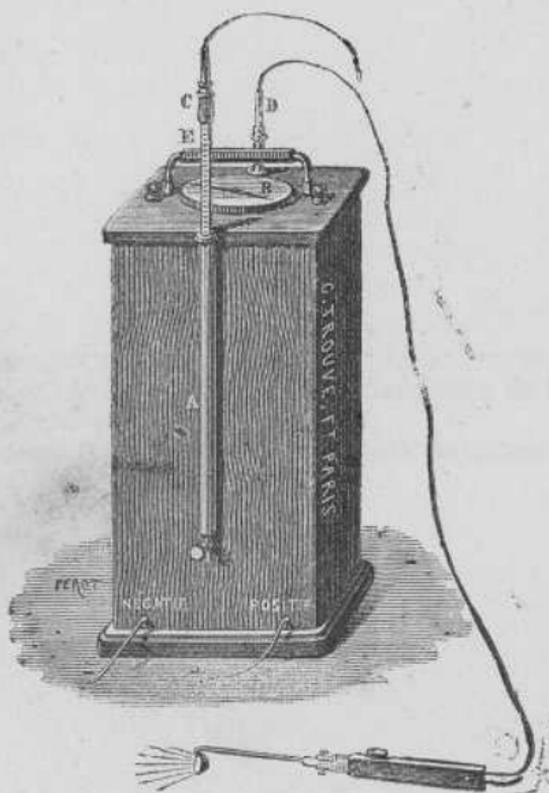


Fig. 2.^a

LÁMINA V.

Fig. 1.ª

Quistitomo para la laringe, último modelo del doctor Isambert.

Fig. 2.ª

Receptáculo de electricidad ó pila secundaria con regulador, de Trouvé, para cauterizaciones de la laringe con el galvano-cauterio.

Diferentes modelos de cauterios se adaptan al mango de este aparato.

LAMINA VI.

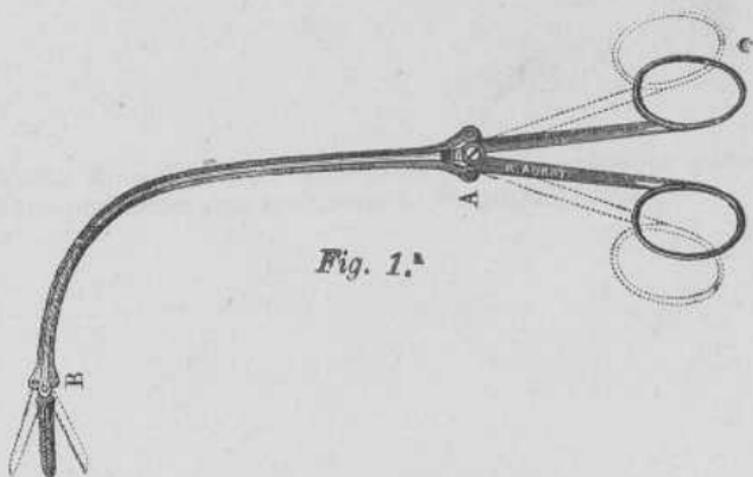


Fig. 1.^a

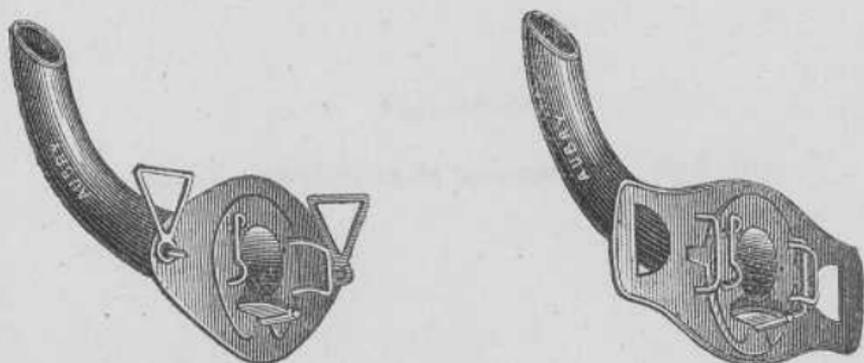


Fig. 2.^a

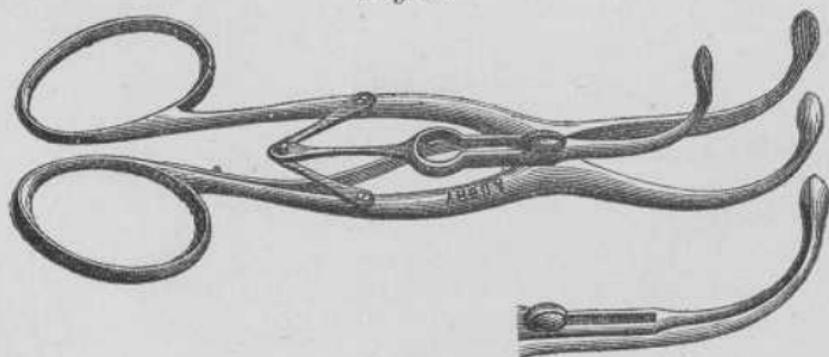


Fig. 3.^a

LÁMINA VI.

Fig. 1.^a

Pinza de pólipos, de Aubry, en forma de pico de pato antero-posterior, con movimiento de ambas ramas.

Fig. 2.^a

Dos modelos de cánulas de traqueotomía, de Aubry.

Fig. 3.^a

Dilatador de Laborde, de tres ramas, modelo de Aubry.

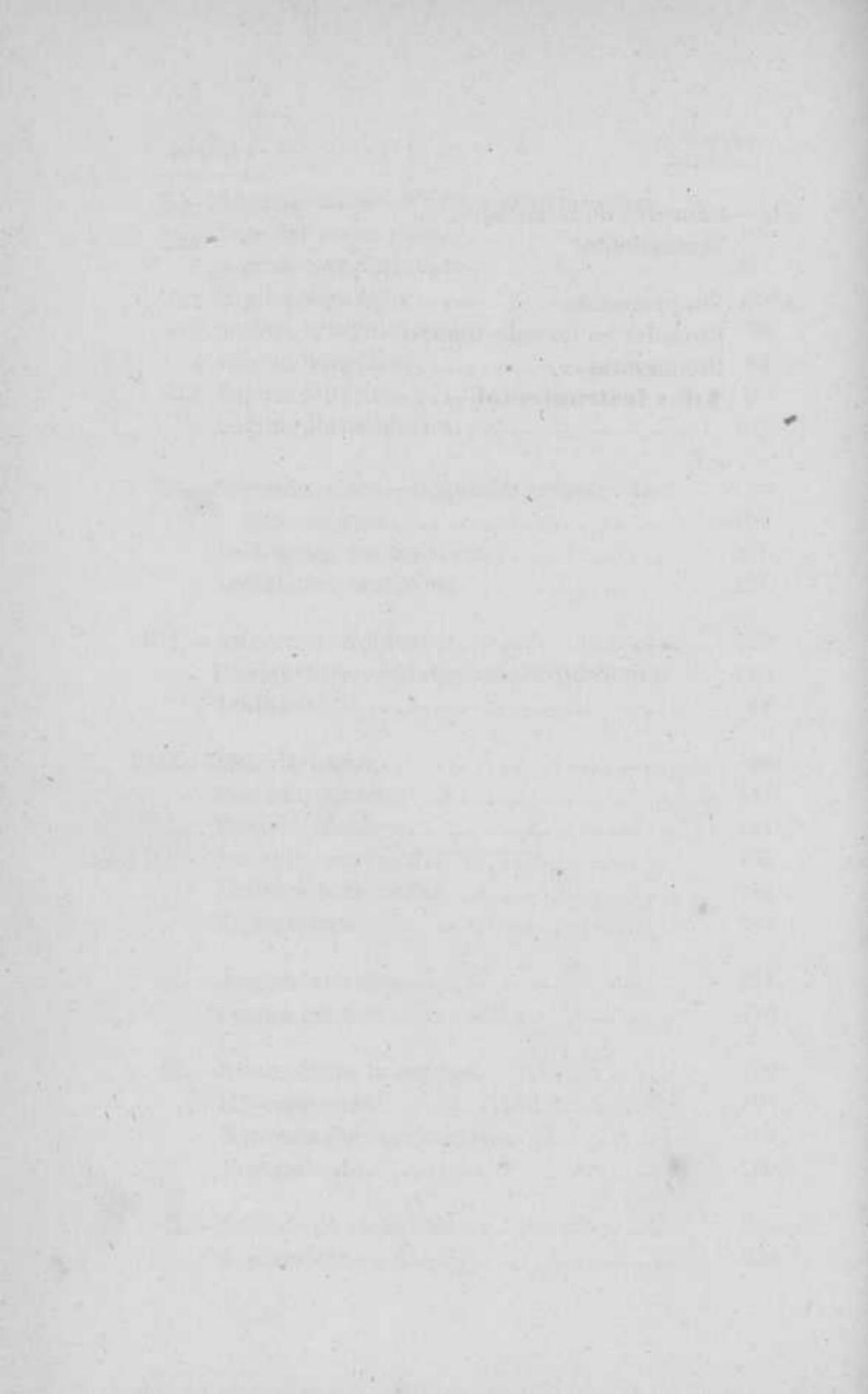
ÍNDICE

Páginas.

INTRODUCCION	7
I.—Historia del laringoscopio.....	11
Descripcion del laringoscopio del autor.	13
Manejo del laringoscopio.....	15
Dificultades para la exploracion.....	18
II.—Diferentes clasificaciones propuestas...	23
La que adopta el autor, en cuatro clases.	27
Enumeracion de los caracteres generales de estas cuatro clases.....	29
III.—Primera clase de anginas.....	39
Amigdalitis y periamigdalitis.....	40 á 47
Epiglotitis aguda.....	47
Laringitis inflamatoria.....	51
Anginas inflamatorias crónicas.....	56
IV.—Angina catarral aguda.....	63
Anginas catarrales crónicas, anginas de los oradores, de los cantantes, fumadores, por alcohólicos, etc.....	68

V.—Segunda clase.—Primer grupo.—Angina del sarampion.....	83
Angina escarlatinosa.....	86
Angina variolosa.....	89
Angina erisipelatosa.....	90
Angina herpética.....	92
Angina diftérica.....	96
Angina dotinentérica, etc.....	103
VI.—Segunda clase.—Segundo grupo.—Angina sifilítica.....	107
Accidentes secundarios.....	110
Accidentes terciarios.....	121
VII.—Angina escrofulosa.....	129
Período ulceroso, superficial y profundo.....	133
Tratamiento.....	141
VIII.—Tisis laríngea.....	145
Período catarral.....	147
Período ulceroso.....	151
Período necrósico.....	155
Tuberculosis miliar.....	161
Tratamiento.....	163
IX.—Angina artrítica.....	171
Forma crónica.....	176
X.—Neurosis de la laringe.....	189
Hiperestusias.....	191
Neurosis del movimiento.....	193
Tratamiento.....	200
XI.—Pólipos de la laringe.....	203
Tratamiento.....	211

XII.—Cánceres de la laringe.....	215
Tratamiento.....	222
XIII.—Traqueotomía.....	227
Proceder en un solo tiempo.....	234
Bibliografía.....	239
Atlas instrumental	255

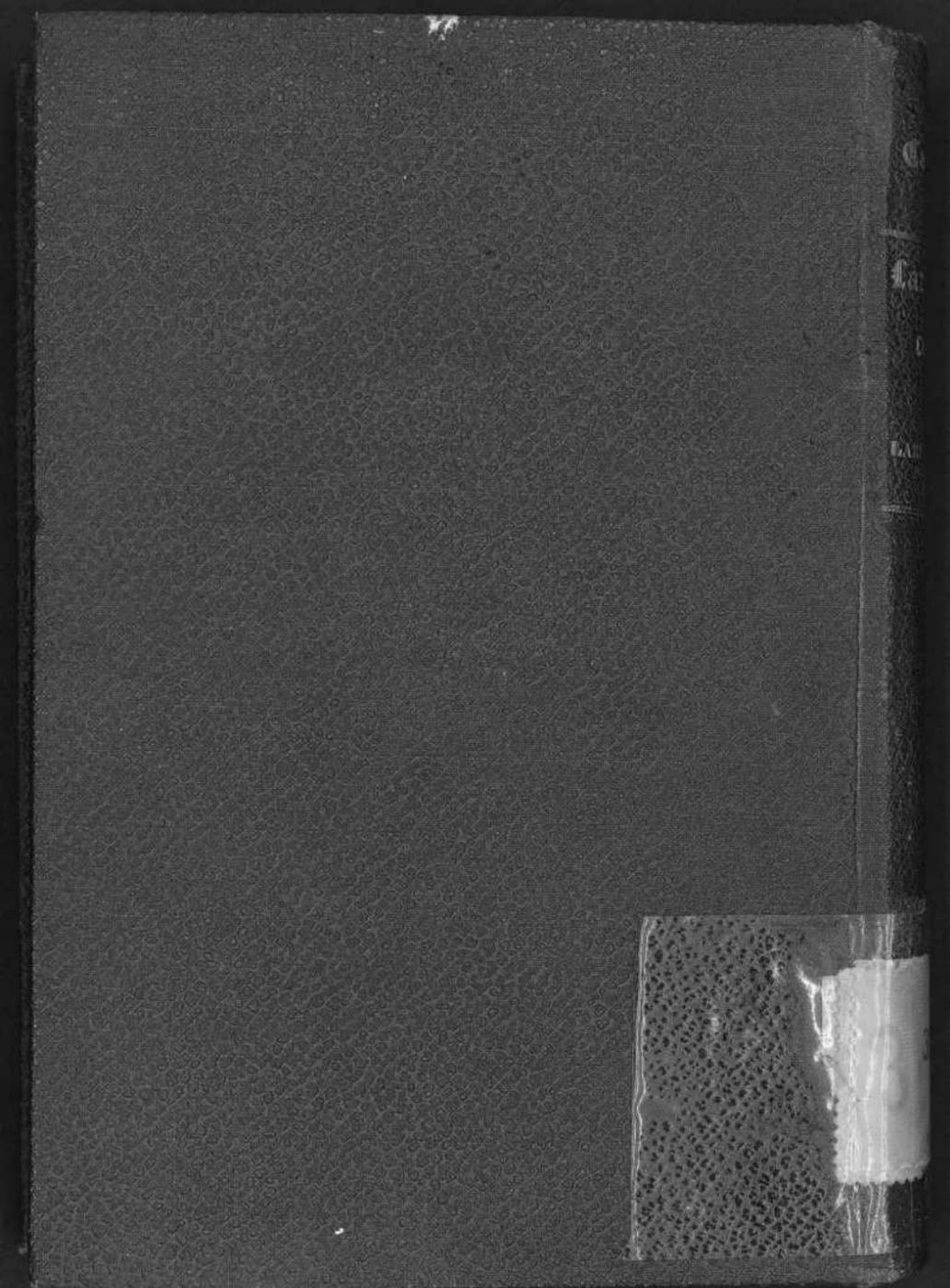












Tabler

Artium

copin

L

BRINGOOD

3680